FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Carlos CHAMORRO-BENARD

Né le 20 Décembre 1887, à Granada (Nicaragua)
de la Faculté de Médecine de Paris,
Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

INDICATIONS DE

L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE

DANS LES KYSTES DU LIGAMENT LARGE

Président : M. LEJARS, *Professeur*.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANÇON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de profonde gratitude.

A Monsieur Enrique PALAZIO

Hommage de vive reconnaissance et de respectueuse amitié.

A la mémoire de mon COUSIN

SALVADOR CHAMORRO

Engagé volontaire, Médecin aide-major au 22e Régiment d'Artillerie.
Mort au service de la France.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage de profonde reconnaissance
et de très respectueuse affection.

A MON AMI

M. LE DOCTEUR VILLECHAISE

Gage d'inaltérable amitié.

A MES MAITRES

MM. le Dr ROCHARD, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

le Dr SWARTZ, chirurgien de l'hôpital Cochin.

le Pr Pierre DELBET, chirurgien de l'hôpital Necker.

le Pr CHANTEMESSE (in memoriam), médecin de l'hôpital Hôtel-Dieu.

le Dr LEGRY, médecin de l'hôpital La Charité.

le Dr BENSAUDE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

le Dr RENAULT, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

le Dr MOUCHET, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

le Dr DEMELIN, accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

le Dr DEVRAIGNE, accoucheur des Hôpitaux.

le Dr MORESTIN (in memoriam), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

le Dr MARION, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

le Dr RIGOLLOT-SIMONOT (in memoriam), chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

le Dr CHÉVRIER, chirurgien des Hôpitaux.

le Dr CAUCHOIX, chirurgien des Hôpitaux.

le Dr RICOU.

Nous voulons avant d'aborder cette étude, exprimer à notre excellent maître M. le Docteur Rochard, notre profonde reconnaissance et l'assurer de l'impérissable souvenir que sa paternelle bienveillance a laissé en notre cœur.

Plus que jamais nous nous rendons compte aujourd'hui de tout ce que nous devons à ce grand Français, au Maître qui, avec une sévérité affectueuse, sut nous montrer à tous les instants la noblesse d'une carrière aussi délicate.

Lorsque la terrible guerre éclata, nous avons eu l'honneur de remplacer les internes de notre Maître partis pour défendre leur patrie, et d'emblée nous nous sommes trouvé en face d'un grand service et investi d'une bien lourde charge. Nous nous efforçâmes de nous rendre digne d'un tel honneur, mais la tâche aurait été au-dessus de nos forces, sans l'infinie bonté que notre Maître voulut bien nous témoigner pendant près de cinq ans.

Après nous avoir initié à la clinique qu'il enseigne magistralement, il entreprit, comme il l'avait fait pour tant d'autres avec des résultats parfois éclatants, de nous apprendre à bien opérer, en nous faisant exécuter

jusqu'à les rendre automatiques, les gestes que son génie chirurgical avait conçus et qu'il exécute avec une « maëstria » qui les fait paraître faciles; à savoir choisir parmi les nombreux procédés, celui qui simplifie la tâche tout en la rendant plus sûre et par là même plus rapide, et souvent plus hardie.

Il nous fit enfin le plus grand honneur que l'on pouvait faire à un étranger pendant la guerre, il nous permit de soigner des blessés français.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre très sincère gratitude, de nous avoir permis de pratiquer, sous le contrôle de sa haute compétence et guidé par la sûreté de sa main, la Chirurgie Française, cette chirurgie si honnête qui s'inspire avant tout de l'intérêt du malade.

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de notre Maître M. Rochard que nous avons choisi ce sujet pour notre thèse. La difficulté que l'on éprouve à aborder les kystes inclus ayant englobé l'utérus, avait depuis longtemps frappé notre Maître et c'est en nous voyant éprouver les mêmes difficultés, alors que nous étions déjà familiarisé avec la chirurgie gynécologique, qu'il nous a conseillé d'étudier la question.

Nous avons été étonné, en consultant les traités classiques, de constater le peu de place que les auteurs consacrent à la technique opératoire de ces kystes, sobriété d'autant plus frappante que la plupart d'entre eux consacrent de longs chapitres à l'étude pathogénique, histologique et anatomo-pathologique de la question.

Nous devons dire, avant d'aller plus loin, que notre intention n'est pas de traiter le sujet d'une façon complète, ce qui serait inutile et non sans prétention, après les nombreux travaux parus et tout dernièrement la remarquable thèse de M. le Docteur Deniker, qui à

notre avis, règle la question définitivement au point de vue clinique et anatomie topographique tout au moins (*Tumeurs du ligament large*, thèse de Paris, 1910). Cet auteur n'a fait qu'ébaucher la technique opératoire, et c'est précisément cette partie de la question que nous désirons étudier.

Nous donnerons un aperçu des autres chapitres, nous guidant sur les travaux parus et pour cela nous tâcherons de condenser les faits essentiels étudiés par les différents auteurs.

La variété de kyste que nous aurons surtout en vue est celle du kyste intra-ligamentaire inclus, de gros volume, présentant des rapports intimes avec les organes voisins et difficile à aborder.

Cette variété est heureusement rare puisque sur 423 hystérectomies pratiquées pendant la guerre dans le service de M. Rochard, dont 148 opérées par nous-même, nous ne l'avons rencontrée que 9 fois.

Mais notre étude serait incomplète si nous n'exposions pas la technique à suivre dans les autres formes cliniques des kystes intra-ligamentaires et nous rappellerons, à la fin de notre travail, les différents temps de ces techniques.

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

Les kystes du ligament large ont depuis longtemps fait l'objet de nombreux travaux et de savantes recherches. Leur pathogénie est fort complexe et a fourni matière à de nombreuses discussions et donnera probablement lieu encore à des controverses, étant donné l'importance de la question, mal résolue à cause de la diversité des variétés histologiques qu'ils présentent.

Mais qu'ils proviennent de l'ovaire ou du para-ovaire. qu'il s'agisse de kystes mucoïdes, hyalins, papillaires, dermoïdes ou hydatiques, un fait domine dans leur étude clinique et dans le procédé opératoire à appliquer, c'est qu'ils sont *inclus,* qu'au fur et à mesure de leur développement, ils vont dédoubler les deux feuillets du ligament large, et de ce fait, vont être maintenus et projetés vers le plancher du petit bassin par le ligament qui les coiffe. Exceptionnellement, ces kystes peuvent se pédiculiser et évoluer vers l'abdomen, mais ce ne sont plus des kystes inclus.

Raimondi, dans sa thèse (*Kystes des ligaments larges*, Paris, 1897) les a étudiés longuement, mais les indications opératoires ont évolué depuis.

Nous laisserons de côté l'étude pathogénique et histologique de la question, nous contentant de résumer leur historique, car celui-ci est lié à l'évolution qui peu à peu a amené les chirurgiens à modifier et les indications et la technique opératoire.

Mais, comme nous le disons plus haut, il nous a semblé que le côté pratique de la question, l'opération en elle-même, n'a pas dans les classiques l'importance qu'un tel sujet réclame et nous voudrions essayer à contribuer à son développement en la rappelant par cette modeste étude.

Si l'on consulte en effet les traités classiques, on est un peu surpris de voir que les auteurs se bornent à dire à peu près ceci :

« Ces kystes intra-ligamentaires inclus seront traités par l'énucléation précédée ou non, suivant le volume du kyste, d'une ponction incomplète. Après section du ligament large sur sa valve antérieure, on ira à la recherche du plan de clivage et on fera l'énucléation du kyste, qui est ordinairement très facile. *Mais quelquefois cette énucléation est impossible, il faudra alors sacrifier l'utérus afin de pouvoir mener à bien l'opération* ».

A notre avis, l'ablation concomitante ou complémentaire de l'utérus, comme un procédé de pis aller, et après avoir exposé la malade à tous les dégâts que peuvent entraîner les manipulations pour l'énucléation par inci-

sion du ligament large, est un procédé très dangereux qui doit être réservé aux cas faciles et que l'on peut tenter, très prudemment, chez quelques malades pour des raisons spéciales.

Sans parler de nombreux cas où les annexes de l'autre côté sont plus ou moins atteintes, et des cas où il existe des lésions utérines, ou de certaines formes histologiques du kyste, nous pensons que toutes les fois que le chirurgien pourra prévoir des difficultés pour effectuer l'énucléation, il est préférable d'aller d'emblée à la recherche du plan de clivage chirurgical par dédoublement du ligament large après section préalable du col utérin. Pour pénible que soit à un chirurgien, cette mutilation nous semble bien plus prudente que d'exposer la malade à des complications opératoires souvent mortelles.

Nous sommes heureux de nous appuyer sur l'opinion autorisée de MM. Rochard, Quénu, Delagénière, qui ont élargi considérablement les indications de la castration dans les kystes du ligament large. M. Rochard, en particulier, est tout à fait partisan de l'hystérectomie préalable dans les cas difficiles.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

C'est à l'illustre chirurgien français, Velpeau, que revient l'honneur d'avoir signalé pour la première fois l'existence de cette catégorie de kystes, dans un Mémoire sur les kystes rudimentaires extra-ovariques, présenté à la Société Phylomatique, en 1825.

Sa description fut confirmée, treize ans plus tard, par Richard Bright, mais n'en fixa pas l'origine.

Cazeaux par ses affirmations, en 1844, sema le doute sur leurs caractères cliniques en soutenant qu'il était absolument impossible de les différencier des kystes de l'ovaire. Il concluait que ces kystes parovariens ne présentaient aucun intérêt, car leur traitement ne devait différer en rien de celui des kystes de l'ovaire.

Ces chirurgiens s'étaient attachés surtout au côté pratique du sujet et l'étude clinique ainsi que le traitement avaient pris le pas sur la pathogénie; lorsqu'en 1850, Follin, dans sa thèse, fait connaître que ces kystes sont formés par un liquide sécrété par les canalicules du corps de Rosenmüller; et Bird, un an plus tard, étudie

leur anatomie pathologique et décrit le liquide qu'ils contiennent en ces termes : « liquide fluide, clair comme de l'eau, d'une faible densité, salé et sans albumine ».

Verneuil, en 1852 et en 1857, soutenait à la Société de Chirurgie cette opinion, que ces kystes se développaient aux dépens du corps de Wolff.

Le Traité des tumeurs de Broca contient déjà des exemples de ces tumeurs.

Herrera Vegas étudie leur anatomie pathologique dans sa thèse, en 1864 (Paris) : « *Etude sur les kystes de l'ovaire et ovariotomie* ».

Plus tard, en 1873, Kœherlé publia deux cas de kystes du ligament large dans la *Gazette de Strasbourg*. L'auteur avait fait le diagnostic exact avant l'intervention et celle-ci lui donna raison. Il pratiqua l'ovariotomie.

Panas présente, le 10 Mars 1875, un Mémoire à l'Académie de Médecine dans lequel il préconise le traitement de ces kystes par la ponction et il base son Mémoire sur 5 observations qui lui ont permis de constater la facilité avec laquelle on obtient la guérison par la simple ponction.

A partir de cette date, les travaux se font de plus en plus nombreux et Duplay fait une étude d'ensemble dans le *Progrès Médical* de Janvier 1879, dans laquelle il décrit les symptômes, les éléments de diagnostic et la conduite à suivre pour leur traitement, et la thèse inaugurale de Lesavre s'inspire de ce travail.

Et c'est par les travaux de ces deux maîtres, Panas et Duplay que la ponction simple ou suivie d'injection iodée, fut mise en honneur.

Après eux, la question fit l'objet de plusieurs travaux, et entre autres la thèse de Castaneda y Triena (Paris, 1882), celle de Lasalle (Montpellier, 1891), celle de Girerd, inspiré par Thierry, dont le titre est : « *Des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gaertner* » (Paris, 1894). Cette variété fit l'objet d'une étude de Legueu dans les *Annales de Gynécologie et d'Osbtétrique* en Février 1896.

Les ponctions, en honneur pendant plusieurs années, furent vivement combattues par Terrier, Terrillon et Just Lucas-Championnière à la Société de Chirurgie dans les discussions de 1882, 1883, et Terrillon dota le sujet de nombreux travaux.

Mais l'opinion formulée par Verneuil ne fut pas sans rencontrer de résistance à l'étranger et fut discutée par Gusserow, en Allemagne (Ueber Cysten des breiten Wütterbandes, *Arch. für gyn.* 1876,-t. IX) ; par Dovan, en Angleterre (*Clinical and pathological Obs. on tumours of the ovary*, 1884, p. 49).

Nombre d'auteurs étrangers se sont occupés de la question :

Ampt, en 1875, publie une description de l'histologie du parovaire et des kystes des ligaments larges, dans le *Central Blatt für Gyn.*

La première indication nette de décortication des kystes inclus a été donnée par Julius T. Milner (de Buffalo), au Congrès International de Philadelphie (*Internat. Medical Congress*, 1876, p. 801).

Bleckwenn, d'Allemagne, fit sa thèse inaugurale sur le sujet, en 1878.

Williams Goodell, fait, dans *l'American journal of obstetric*, en Janvier 1888, une étude des plus intéressantes sur le sujet, dans laquelle il propose de désigner sous le nom de kystes intraligamentaires les kystes papillaires, en réservant le nom de kystes parovariens ou kystes du ligament large aux kystes à contenu limpide.

Lawson Tait, dans l' « *Edimbourg med. journal* » de Juillet 1889, t. XXXV, p. 20, règle la technique de l'énucléation et apporte 102 cas de kystes inclus, avec 1 mort, opérés par lui.

D'autres chirurgiens étrangers ont étudié le sujet : En Angleterre, Spencer Wells, Bantoch dans un Mémoire sur le développement avec le péritoine, l'ovaire et la trompe. Matews résume les caractères sous le titre d'hydropisie para-ovarique.

En Allemagne : Les bons travaux de Spiegelberg, en 1870, de Schatz, en 1876, de Schrœder-Olshausen qui affirme leur diagnostic possible dans la majorité des cas; les remarquables dessins de Winckell. Sauger décrit une variété de traitement, etc.

En Amérique, ce sont les travaux de Washington Atlee, de Doege, de Baer, etc.

Mais si les idées se sont classées pour la plupart des caractères de ces kystes, leur nature histologique est encore une question complexe et appelée à évoluer, de même que leur traitement qui a passé par différentes phases. Avec les progrès des techniques opératoires de plus en plus perfectionnées, on est arrivé à la conception actuelle de l'énucléation systématique.

A la période des ponctions préconisée par Panas et Duplay et que Bird a pratiquées un des premiers, succéda, après une période de discussions célèbres, la période de l'énucléation à laquelle sont attachés les noms de Terrier, Lucas-Championnière en France, Milner, Lawson Tait et autres à l'étranger; mais lorsque le cas était difficile et que le kyste ne pouvait pas être énucléé, on pratiquait la marsupialisation, et Kœberlé, Schatz, Muller furent des premiers à la pratiquer.

Et dès 1883, *Terrier* disait à la *Société de Chirurgie :* « Aurait-on affaire à un kyste parovarien ou dermoïde, les grandes lignes opératoires que je me suis efforcé de tracer, me paraissent analogues à celles des kystes multiloculaires. *Quelles que soient les adhérences d'un kyste de l'ovaire, qu'il soit uni aux intestins, au ligament large ou à l'utérus, la situation du chirurgien est la même : il doit faire tous ses efforts pour enlever la tumeur* ».

A l'heure actuelle, la marsupialisation dans les cas difficiles paraît avoir vécu, et la plupart des chirurgiens admettent le sacrifice de l'utérus dans un certain nombre de circonstances. Nous exposerons cette partie de la question au chapitre : Indications.

CHAPITRE III

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

L'anatomie topographique de ces tumeurs est aujourd'hui bien définie et il est important de bien la connaître, car elle est liée intimement à l'acte chirurgical et fera modifier la technique pour chaque forme.

Voici les différentes situations qu'elles peuvent présenter, situations en rapport d'ailleurs, avec le point de départ de la tumeur.

Fausse inclusion.

Cette variété de tumeurs, décrite par Pawlick, par Reynier et par Laroche, est intéressante à connaître et peut présenter des difficultés opératoires faisant croire à une tumeur sous-péritonéale.

La tumeur peut présenter deux types :

1er TYPE. — Il s'agit d'une tumeur annexielle qui, par un mouvement de bascule, est allée se loger derrière le ligament large dont elle se coiffe. La tumeur contracte

des adhérences dans le Douglas et avec l'utérus, et à mesure qu'elle augmente de volume, va soulever le ligament large qui ne la contient pas et le faire bomber en déroulant le ligament rond.

Elle est entourée d'adhérences qui remplacent en arrière le feuillet postérieur du ligament large. C'est ce que Reynier appela « la fausse inclusion », en 1896.

2e TYPE. — Une tumeur de l'ovaire exécute une rotation sur elle-même et se coiffe de la trompe. Ayant contracté des adhérences, elle est difficile à aborder et le manque de plan de clivage fait croire à une tumeur incluse. Cette forme de fausse inclusion a été décrite par Pawlick.

Kystes du ligament large.

« Il importe de conserver intégralement la division chirurgicale du ligament large en méso-salpinx, supérieur et mobile, et ligament proprement dit, doublé de la gaîne hypogastrique, inférieur et fixe. Or, une tumeur née dans cette portion basse du ligament n'a aucune tendance, quel que soit son volume, à dédoubler le méso-salpinx » (Deniker).

Nous voyons qu'il y a deux grandes catégories de kystes du ligament large, et le fait que seuls ceux du méso-salpinx dédoublent ce repli, permet au chirurgien de reconnaître la variété dont il s'agit. Dans les kystes du méso-salpinx, en effet, la trompe vient s'enrouler autour de la tumeur et sa forme est celle d'un large ruban aplati, qu'il ne faudra pas confondre avec l'ure-

tère. Celui-ci ne se place pas dans cette direction transversale, est plus pâle et a des parois plus minces qu'une trompe, même dilatée.

Ces kystes du méso-salpinx ont plus de tendance à se développer vers l'abdomen et sont d'un abord plus facile, mais s'ils n'ont pas les mêmes tendances à évoluer vers le plancher du petit bassin, ils sont par contre en contact intime avec l'uretère auquel ils sont plaqués au moment où ce dernier quitte la fossette ovarienne.

Les kystes du ligament proprement dit peuvent se pédiculiser et évoluer vers l'abdomen, comme les kystes de l'ovaire, mais leur tendance naturelle est de rester inclus, et ainsi bridés par les deux feuillets du ligament large, ils peuvent évoluer vers des directions différentes :

1° Le plus souvent, ils vont rester en situation latérale et évoluer vers la paroi correspondante du petit bassin tout en « déprimant » son plancher. Il sera facile de s'assurer qu'il s'agit d'un kyste du ligament proprement dit, car on pourra étaler le méso-salpinx, chose impossible dans ceux de ce repli.

Ces kystes à évolution latérale vont contracter des rapports intimes avec l'uretère qu'ils peuvent comprimer, déplacer ou soulever à différents niveaux, et on comprend le danger de le blesser si on ne trouve pas d'emblée le bon plan de clivage.

La gaîne des vaisseaux hypogastriques peut contracter des adhérences résistantes avec la paroi du kyste, et c'est encore un danger qu'il faudra éviter.

L'utérus va être déplacé et sera plus ou moins refoulé

vers la paroi latérale opposée et vers le cul-de-sac de Douglas. Le kyste adhère souvent aux parois utérines et peut arriver à faire corps avec cet organe.

2° Les kystes à évolution antérieure, plus rares, vont contracter des rapports intimes avec la vessie qui sera soulevée et parfois comprimée contre la symphyse pubienne.

3° Les kystes à évolution postérieure ont des rapports intimes avec le rectum qu'ils refoulent et compriment plus ou moins. Leur paroi est parfois très adhérente à ce viscère et ces adhérences peuvent produire une coudure de cet organe qui vient se modeler sur la circonférence du kyste. Parfois même, celui-ci arrive à dédoubler son méso et le disséque plus ou moins haut. Le dédoublement du méso du cæcum paraît beaucoup plus rare.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Malgré leur symptomatologie propre, ces kystes sont souvent difficiles à diagnostiquer et il faudra un examen très attentif pour affirmer leur existence.

Nous devons à Deniker une étude très claire et très complète de ces kystes, étudiés à côté des autres tumeurs du ligament large. Nous verrons que les tumeurs incluses, liquides ou solides, présentent de nombreux points communs et que le diagnostic différentiel sera parfois extrêmement difficile.

I. — Petit kyste.

Le kyste tout à fait à son début est impossible à diagnostiquer et ce sera le plus souvent au cours d'une intervention pour une affection de l'utérus ou une annexite, que l'on constatera sa présence.

Le seul signe qui pourrait y faire penser ce sont les coliques salpingiennes accompagnées de pertes claires

comme de l'eau et coïncidant avec une sensation de soulagement de la douleur.

Ce symptôme, joint à la constatation, par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, d'une petite masse indolore, libre, mobile et indépendante de l'ovaire, pourra faire penser à un kyste parovarien.

Mais le diagnostic reste à faire avec la salpingite au début et nous devons avouer qu'il est des plus difficiles.

II. — **Kyste pelvien.**

Ces kystes ne se révèlent par aucun signe extérieur tant qu'ils n'ont pas dépassé le détroit supérieur du bassin, et c'est à peine si la malade éprouve une légère sensation de pesanteur lorsque le kyste n'a pas encore comprimé les organes qui l'entourent. Ils ne donnent lieu à aucune douleur, à aucun de ces phénomènes sympathiques qui se révèlent quelquefois pendant le développement des kystes de l'ovaire. La malade n'accuse aucune modification de ses règles, la santé continue d'être bonne et ce n'est que plus tard, lorsque le kyste aura acquis un certain volume, qu'elle éprouvera cette sensation de pesanteur particulière, cette sensation de plénitude qui peut inquiéter une malade attentive.

Le plus souvent, c'est à l'occasion d'un phénomène causé par une lésion concomitante, si fréquente dans ces kystes, que la malade vient consulter. Elle accuse des métrorragies, des pertes, ou des troubles de l'appareil urinaire ou digestif.

Mais à ce stade, le kyste est déjà d'un certain volume et va se révéler par un certain nombre de symptômes, dus aux phénomènes de compression.

Douleur. — La douleur inquiète les malades et les décide à consulter. Elle peut provenir d'une compression des filets nerveux du plexus lombo-sacré avec irradiations douloureuses dans le domaine du crural et du sciatique, caractérisées par des névralgies rebelles.

A la coexistence de lésions inflammatoires, soit qu'il s'agisse d'annexites, dont la présence en même temps que ces kystes a été mise en évidence par Raimondi, dans sa thèse et confirmée depuis.

Ou bien de phénomènes inflammatoires de péritonite localisée et laissant à sa suite des adhérences douloureuses.

Au moment de l'apparition des règles, il peut se produire des poussées congestives déterminant une forme spéciale de douleurs périodiques, étudiées par Raimondi puis Mouchotte.

On voit donc que si ces tumeurs sont essentiellement indolores par elles-mêmes, elles peuvent le devenir par les lésions de voisinage qu'elles provoquent.

Examen clinique.

Si, après avoir pris la précaution de sonder la vessie, on procède à l'examen de la malade alors que la tumeur est encore pelvienne, on ne constate rien à l'inspection dans la majorité des cas.

Cette *inspection* peut quelquefois révéler une légère voussure de la région sus-pubienne comparable à celle produite par la vessie en état de plénitude, mais le phénomène est plutôt rare.

La *palpation* seule ne donne pas beaucoup de renseignements, même lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions.

La *percussion* est presque toujours négative car les anses intestinales viennent s'interposer entre le kyste et la paroi, et la position déclive n'est pas suffisante pour les refluer vers l'abdomen de façon satisfaisante, d'autant plus qu'il manque un adjuvant important à cette position : la pression atmosphérique agissant directement sur l'intestin. Mais cette position déclive sera utile, surtout si les cuisses sont en même temps fléchies car elle permettra le relâchement des grands droits de l'abdomen et empêchera les anses de s'agglomérer dans le bassin.

Le *toucher vaginal combiné au palper abdominal* sera le meilleur moyen de bien explorer la tumeur. Ce toucher « bi-manuel » sera pratiqué en position déclive, les cuisses de la malade étant fléchies. Il faut recommander à la malade de respirer largement et avec la bouche ouverte pour obtenir un relâchement plus complet des grands droits.

Par cette méthode d'exploration, on se rendra compte que l'on a affaire à un kyste intra-ligamentaire si la lésion se présente sous forme d'une tumeur dure, mais rénitente, lisse, non mobile ou peu mobile, que l'on n'arrive pas à faire remonter vers l'abdomen. Le doigt

vaginal pourra faire le tour du pôle inférieur du kyste et éprouvera la sensation d'une tumeur parfaitement lisse et unie.

Le col est normal, sauf en cas d'affection utérine coexistante, mais ce col est dévié : en arrière, lorsqu'il s'agit d'un kyste à évolution antérieure qui occupe le cul-de-sac vaginal antérieur et refoule la vessie en haut. Dans cette variété à évolution antérieure, on trouve une masse qui « bombe » en avant du col, lui-même collé contre l'extrémité inférieure du sacrum. La main abdominale pourra sentir nettement la tumeur débordant la symphyse pubienne, et par des mouvements combinés des deux mains, le chirurgien obtiendra le phénomène du flot caractéristique des tumeurs liquides.

Dans la variété postérieure, le col sera au contraire plaqué contre la symphyse pubienne et le doigt vaginal devra suivre la paroi antérieure de cette cavité pour aller à sa recherche. Le cul-de-sac de Douglas sera rempli par le kyste et bombera fortement vers le vagin.

Dans la variété latérale, la plus commune, le col sera refoulé vers le côté opposé, et en avant le kyste occupera un des culs-de-sac latéraux et celui de Douglas qui sera tendu, rénitent, fortement bombé. Le col sera fixé si le kyste est intimement adhérent à l'utérus ou au contraire plus ou moins mobile s'il n'est que refoulé par la tumeur.

Dans les tumeurs remplissant toute la cavité pelvienne, tous les culs-de-sac sont saillants, soit parce qu'il s'agit d'un kyste bilatéral, soit parce qu'un kyste unilatéral a entièrement refoulé le col, ou encore

un kyste unilatéral ayant englobé l'utérus sans le contenir et refoulant le col vers le plancher du petit bassin. Dans cette variété, le col est parfois assez difficile à trouver et la délimitation exacte de l'utérus à peu près impossible.

Le diagnostic.

Il se basera donc sur les symptômes classiques de ces kystes, sur l'indolence, le peu de modifications des règles, la sensation de rénitence, de tumeur lisse, bien délimitée, sur la fixité du kyste ; mais souvent la symptomatologie est loin d'être ainsi typique et nous avons vu plus haut combien est fréquente la douleur du fait de salpingo-ovarite coexistante, des adhérences, etc.

Le *diagnostic différentiel* avec les tumeurs solides du ligament large peut devenir difficile dans certains cas :

Les fibromes inclus présentent la même fixité et dévient le col, font saillir les culs-de-sac vaginaux, mais ils s'en distinguent par un certain nombre de caractères :

La tumeur est dure, bosselée, irrégulière; on sent souvent une encoche abdominale entre le fond utérin et le pôle supérieur du fibrome. L'utérus est plus facile à délimiter et plus solidaire de la tumeur.

Les règles sont plus souvent modifiées dans les fibromes, car si d'une façon générale, on admet que ces fibromes du ligament large ne doivent pas saigner, on connaît des cas multiples où ils ont provoqué des

métrorragies, parfois mortelles (un cas de Barker). D'autres fois, les règles sont simplement modifiées ou bien supprimées (observation de Dubourg).

Mais il y a des kystes du ligament large qui peuvent présenter des métrorragies abondantes : ce sont les kystes dermoïdes, d'après Beyer. Elles seraient fréquentes aussi dans les kystes hydatiques.

Nous voyons donc que si, *à priori*, les tumeurs du ligament large ne doivent pas saigner, il y a des nombreuses exceptions, mais avec tendance plus marquée pour les fibromes.

Les salpingo-ovarites volumineuses, accompagnées ou non de pelvi-péritonite, méritent qu'on s'y arrête. Ces suppurations pelviennes peuvent prêter à confusion et le terme ancien de phlegmons du ligament large est assez éloquent à ce point de vue. Une collection purulente sans péritonite locale pourra, lorsqu'elle est fixée, faire croire à un kyste du ligament large. Mais, d'une façon générale, le diagnostic sera aisé grâce aux symptômes propres des salpingo-ovarites : douleurs spontanées et provoquées, coliques salpingiennes, température élevée à grandes oscillations, pertes blanches ou jaunes. Au besoin, l'examen microscopique des pertes pourra renseigner sur la nature des lésions. Au toucher, on sent une masse douloureuse, moins lisse que dans les kystes, à contours mal limités car le plus souvent il y a empâtement du cul-de-sac correspondant. Il y a très souvent, pour ne pas dire toujours, de la métrite coexistante et des lésions annexielles de l'autre côté.

Mais le diagnostic peut présenter de grandes difficultés entre *un kyste suppuré du ligament large et une salpingite ou un abcès de l'ovaire*, car ici la fièvre ne peut nullement élucider le diagnostic. La fixité du kyste intra-ligamentaire n'a cependant pas les mêmes caractères que celle des annexites ; les contours de la lésion sont moins nets dans celles-ci et le doigt n'a pas la sensation de glisser sur la surface de la tumeur comme cela se produit pour les kystes.

Diagnostiquer un kyste mobile du méso-salpinx nous paraît chose impossible, car il n'y a pas de caractère pathognomonique qui permette de l'affirmer. Les kystes à fausse inclusion présentent les mêmes difficultés. Mais il y a une catégorie de tumeurs qu'il faudra se rappeler, ce sont les *fibromes enclavés* simulant lorsqu'ils sont mous, un kyste inclus. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que ces fibromes mous ne saignent pas. Il faudra explorer la cavité utérine, la mesurer; si elle est augmentée, il y a des chances que ce soit un fibrome, mais il faut se rappeler que la coexistence de kyste et fibrome est assez fréquente et Daniel, sur 207 cas de fibrome utérin, a relevé 10 fois la coexistence d'un kyste du ligament large.

Nous voyons donc que le diagnostic, ordinairement facile lorsqu'il s'agit d'un kyste pur, peut présenter de grandes difficultés lorsqu'il y a des lésions coexistantes de l'utérus ou des annexes, ou bien suppuration du kyste.

Mais l'erreur du diagnostic n'a pas une importance pratique considérable puisque l'intervention est indi-

QUÉE DANS LES DIFFÉRENTS CAS QUE NOUS AVONS ENVISAGÉS.

Autrement grave serait l'erreur de diagnostic qui attribuerait les phénomènes de *compression* à une lésion primitive de l'organe qui réagit par contre-coup.

Ces phénomènes de compression peuvent faire croire à une sciatique lorsque la tumeur comprime les filets du plexus lombo-sacré :

A une coxalgie au début, en cas de névralgie du crural.

A une lésion du rectum ou de l'intestin en général par la constipation opiniâtre avec des alternatives de débâcle pouvant égarer le diagnostic vers une lésion de cet organe. Barette a observé un cas d'occlusion intestinale complète par compression dans un cas de tumeur du ligament large, mais il faut remarquer qu'il s'agissait d'un fibrome. Les kystes ne provoquent pas de compressions aussi énergiques. Le diagnostic peut être égaré vers une affection des voies urinaires.

Un kyste, comme toutes les tumeurs pelviennes, peut provoquer des phénomènes de cystite, avec ténesme, pollakiurie, dysurie. Il faut donc éliminer le diagnostic de tumeur du ligament large avant de penser à une cystite par infection ascendante ou descendante, d'autant plus que dans certains cas il se produit de la rétention qui favorise l'infection et donnera lieu à une cystite caractérisée que l'on sera tenté de mettre sur le compte d'une lésion du rein ou du bassinet. Zuckerklandl, Jacobs font jouer un rôle dans ces cystites à l'élément congestif qu'ils localisent dans le bas-fond vésical, point très riche en anastomoses vasculaires.

L'uretère est le siège de compressions fréquentes et l'organe serait surtout comprimé, d'après Amann, à la partie postérieure de la paroi latérale du bassin. L'organe est dilaté, et cette compression a un fâcheux retentissement sur le bassinet et le rein avec dilatation et infection possible.

Ces phénomènes de compression de l'uretère se traduisent par de l'albuminurie plus ou moins intense, et sont décrits dans la thèse de Perrot. Dubourg dit qu'ils peuvent amener des phénomènes urémiques graves. Ces faits doivent être rares, puisque Hartmann a affirmé dans sa communication au Congrès d'Alger de 1907 ne les avoir jamais observés.

On voit par ce court exposé que ces phénomènes de compression peuvent égarer le diagnostic vers une affection primitive des voies urinaires, fait d'autant plus facile à concevoir que ces kystes étant indolores, la malade viendra consulter non pas pour la sensation de pesanteur ou de plénitude qu'elle éprouvera, mais pour le syndrome douloureux, la dysurie. Il suffira d'y penser pour éviter une erreur aussi grave et pratiquer systématiquement le toucher vaginal, et chez les vierges, le toucher rectal.

Quant au diagnostic différentiel entre les kystes de différentes espèces, il nous paraît des plus difficiles.

III. — **Kyste abdominal.**

C'est une variété plus rare, car sauf les kystes pédiculés, ces kystes du ligament large ont peu de tendance à évoluer vers l'abdomen, si ce n'est ceux du méso-salpinx.

Leur symptomatologie est la même que celle des kystes de l'ovaire et le diagnostic différentiel absolument impossible.

CHAPITRE V

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'Evolution de ces kystes est essentiellement lente et torpide, et par ce fait même, il est souvent difficile de faire préciser aux malades la date d'apparition des premiers troubles. L'affection étant indolore par elle-même, la malade aura tendance à incriminer la constipation si fréquente chez la femme, lorsqu'elle éprouvera une légère sensation de pesanteur. La plupart du temps, la malade se décide à consulter lorsque le kyste par ses dimensions occasionne une gêne réelle ou qu'une complication plus ou moins bruyante l'inquiète.

Les Complications sont loin d'être rares dans les kystes inclus, et nous avons vu en faisant l'étude clinique, que la coexistence d'une salpingo-ovarite, d'un fibrome, d'une affection par compression des différents organes et en particulier des voies urinaires, sont des complications fréquentes et parfois graves.

Parmi les autres complications, seule la suppuration est fréquente et nous trouvons des observations de ce genre dans la thèse de Raimondi, celle de Mauclaire

dans la thèse de Deniker, de Legueu, dans le *Bull. Soc. obst., gynéc. et péd. Paris*, 2 Juin 1899. Nous rapportons une observation de Rochard (Obs. n° 3) dans laquelle, malgré le drainage vaginal, la malade a succombé 48 heures après l'opération.

Cette complication se traduit cliniquement par des phénomènes douloureux, frissons et vomissements, fièvre élevée à grandes oscillations, céphalée, phénomènes de pelvi-péritonite en un mot, ou bien simulant la torsion du pédicule d'un kyste ovarique.

Le pronostic n'est pas mauvais si la poche n'est pas rompue, au cours de l'opération ; il ne devrait pas l'être davantage lorsque, rompue, on pratique le drainage vaginal, et nous ne comprenons pas les causes du décès dans le cas de Rochard que nous rapportons.

Des hémorragies de la paroi kystique, beaucoup plus rares que la suppuration, sont signalées dans la thèse de Pollosson, dans celle de Cocquelet qui rapporte un cas d'hémorragie de la paroi externe du kyste ; d'autres observations ont été publiées.

Pronostic : Le pronostic est bon dans la plupart des cas et nous pensons que l'hystérectomie préliminaire le rend encore meilleur, en évitant les complications opératoires. Les dix cas que nous rapportons plus loin, tous traités par l'hystérectomie, ont parfaitement guéri, sauf un ; dans lequel il s'agissait d'un kyste suppuré, opéré d'urgence, et dont la poche a été rompue au cours de l'opération.

CHAPITRE VI

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE

Nous avons vu, en résumant l'historique de ces kystes que les indications opératoires se sont beaucoup modifiées aux différentes périodes, et depuis quelques années seulement, les chirurgiens admettent qu'il y a des cas où l'on doit faire l'ablation de l'utérus pour mener à bien l'opération. Les uns admettent cette ablation se basant surtout sur la nature histologique du kyste, d'autres envisagent la question au point de vue purement technique. Nous allons rappeler quelques-unes des opinions les plus autorisées avant de poser les indications admises par notre Maître M. Rochard, que nous estimons très logiques et dont nous sommes l'ardent partisan, car elles donnent une sécurité très appréciable pour éviter des complications qui peuvent être irréparables.

Nous osons les soutenir ici, malgré qu'elles ne soient pas admises par tous nos Maîtres, car nous croyons contribuer à simplifier une opération redoutable en chi-

rurgie pelvienne et nous nous appuyons pour cela sur l'expérience et le haut bon sens chirurgical de M. Rochard.

Tous les classiques français admettent à l'heure actuelle que, lorsqu'il est impossible de faire l'ablation du kyste par énucléation, on doit sacrifier l'utérus.

Malheureusement ceci n'est pas très précis car tel chirurgien croira mener à bien une intervention avant de la commencer, s'acharnera à faire l'énucléation par incision simple du ligament large, et ne se résoudra à sacrifier l'utérus qu'après avoir manœuvré la tumeur et rendu le plan de clivage beaucoup plus difficile à trouver, en s'exposant par ces manœuvres à léser des organes d'importance capitale ; lorsqu'il se décidera à faire l'hystérectomie, celle-ci ne présentera plus les mêmes avantages que lorsqu'elle est faite comme temps préliminaire.

Un certain nombre de chirurgiens ont fixé les indications de l'hystérectomie, afin précisément de ne pas laisser à l'opérateur la charge de les improviser :

Lejars réserve l'hystérectomie systématique aux seuls cas de kystes doubles, et s'il s'agit de ces kystes bosselés, mêlés de parties solides, dont on connaît la transformation facile en cancer, ou encore aux kystes végétants bilatéraux.

Quénu et Longet (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1900) s'expriment ainsi : « La grande valeur de l'hystérec-« tomie préliminaire ou complémentaire de l'ovario-« tomie, est principalement d'ordre technique. *Dans* « *quelques cas exceptionnels où elle est pratiquée*

« *comme opération préliminaire, elle rend réalisable*
« *l'extirpation de kystes adhérents qu'une dissection*
« *périphérique était impuissante à libérer*. Le départ de
« l'utérus fait de la place, permet d'attaquer la masse
« annexielle du centre à la périphérie et de basculer
« latéralement tout l'ensemble en se servant de l'utérus
« comme organe de traction menant aux annexes. Dans
« d'autres cas plus nombreux, l'hystérectomie conco-
« mitante est une ressource utile chaque fois que la
« pédiculisation des annexes présente des difficultés
« (friabilité, hémostase trop grossière, glissement à
« craindre des fils, etc.) ».

« Elle est précieuse encore pour le résultat consé-
« cutif qu'elle permet de réaliser. Elle seule assure dans
« certains cas déterminés une réparation satisfaisante
« du plancher pelvien... Or la parfaite péritonisation de
« toutes les surfaces cruentées doit à l'heure présente
« être considérée comme un principe fondamental de la
« chirurgie abdominale ».

Et plus loin, ces deux chirurgiens arrivent aux conclusions suivantes :

« I. *La castration abdominale totale* pour néoplasme
« des annexes *est légitime. Nos observations rapprochées*
« *de celles des autres chirurgiens démontrent qu'elle*
« *est sans gravité* : l'ablation de l'utérus associée à
« l'ovariectomie n'augmente pas la mortalité opéra-
« toire.

« II. *La castration abdominale totale* pour néoplasme
« annexiel *offre de grands avantages techniques* : pos-
« sibilité d'enlever des kystes ovariques à adhérences

« pelviennes étendues, facilité de pédiculisation, et « principalement possibilité de restauration autoplas- « tique très satisfaisante du plancher pelvien. Sécurité « contre les accidents post-opératoires, occlusion en « particulier.

« III. *Elle est indiquée* :

« 1° Dans les kystes compliqués de lésions inflamma- « toires utérines ou péri-utérines et salpingiennes.

« 2° Dans les kystes compliqués de dégénérescence « néoplasique de l'utérus.

« 3° Dans les kystes bilatéraux d'une pédiculisation ou « d'une hémostase rendues difficiles par la largeur du « pédicule, sa friabilité, *son évolution dans le ligament « large.*

« *Contre-indications.*

« 1° En cas de kyste unilatéral chez une femme jeune.

« 2° Lorsqu'avec une lésion bilatérale, l'utérus est « sain et la confection des pédicules facile.

« 3° Lorsque l'on peut obtenir une bonne pédiculisa- « tion par un procédé plus simple.

Ch. Lenormant (*Annales d'Obst. et Gynéc.*, 1905) dit que l'hystérectomie n'est qu'une opération d'exception et cependant l'admet pour un certain nombre de cas : dans sa communication où il apporte trois cas d'hysté- rectomie pour kyste de l'ovaire, il s'exprime ainsi :

« Je dois faire remarquer tout de suite que, dans les « observations 1 et 3, j'ai été conduit à pratiquer l'hys- « térectomie bien moins en raison des altérations peu « graves que présentait l'utérus, que parce qu'il me « paraissait impossible d'enlever, sans l'hystérectomie

« préalable, les kystes inclus dans le ligament large...

« ...Mais si au lieu d'envisager des cas faciles, on « s'adresse aux kystes adhérents ou inclus et aux néo- « plasmes multiples, qui sont les seuls pour lesquels se « discute l'hystérectomie, il est bien certain que cette « opération méthodique et régulière, assurant une « hémostase parfaite et une reconstitution exacte du « péritoine pelvien, est moins grave que la décortication « longue et pénible des annexes, laissant après elle des « surfaces dénudées et saignantes, de gros pédicules, « parfois de débris de poche qu'il n'a pas été possible « d'enlever complètement.

« L'hystérectomie facilite l'ablation des kystes intra- « ligamentaires comme elle facilite l'ablation des poches « salpingiennes en permettant de libérer de dedans en « dehors et de bas en haut...

« *...C'est d'emblée, pour ainsi dire, dès que le ventre est « ouvert, que le chirurgien, reconnaissant la complexité « des lésions et jugeant impossible de faire une opération « radicale en conservant l'utérus, se décide à faire « l'hystérectomie* ».

Et ce chirurgien pose les indications suivantes :

« 1° L'hystérectomie abdominale s'impose.

a) Dans tous les kystes ou tumeurs des annexes ayant envahi secondairement l'utérus.

b) Dans tous les kystes de l'ovaire associés à un fibrome de l'utérus, sauf le cas particulier et d'ailleurs exceptionnel d'une femme jeune ayant un kyste unilatéral et un fibrome susceptible d'être énucléé en conservant l'utérus.

« 2° L'hystérectomie abdominale est une opération de nécessité :

a) Dans les kystes de l'ovaire intimement adhérents à l'utérus.

b) Dans tous les kystes de l'ovaire à pédicule très large ou à pédicule friable et saignant.

c) Dans les kystes de l'ovaire dont l'ablation laisse après elle une dénudation étendue de l'utérus.

d) Dans les kystes intra-ligamentaires adhérents dont l'ablation complète serait impossible, si l'on conservait l'utérus ; elle est dans ce cas préférable à la marsupialisation.

« 3° L'hystérectomie abdominale est une opération « de prévoyance très recommandable, surtout chez les « femmes approchant de la ménopause ou l'ayant « atteinte, dans le cas de kystes végétants bilatéraux, « multiloculaires, bosselés, renfermant des parties « solides et même dans les kystes unilatéraux dont les « caractères anatomiques ou la marche permettent de « soupçonner la tendance à la malignité ».

Delagénière serait partisan de l'hystérectomie et la fait comme temps préliminaire. Dès 1897, au Congrès français de Chirurgie, il la préconisait dans les kystes papillaires intra-ligamentaires.

Jonnesco dit : « La castration totale s'impose quand « une affection bilatérale, septique ou non, des annexes « impose leur ablation ; garder l'utérus dans ce cas serait « faire une opération incomplète, donc irrationnelle ».

Delaunay conseille l'hystérectomie lorsque la femme est à la ménopause ou l'a passée, se fondant sur quel-

ques observations de dégénérescence cancéreuse de l'utérus trouvé sain au moment de l'opération, et dont Lejars a rapporté un cas à la Société de Chirurgie.

Lenoir est partisan de l'hystérectomie dans les kystes inclus bilatéraux, et à propos d'une observation qu'il publia dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1907, où il relate l'énucléation de plusieurs kystes inclus dans le ligament large, 3 à gauche et 1 à droite, chez une malade qu'il avait opérée, dit ceci :

« Cette opération date de 2 ans; à l'heure actuelle, « dans un cas semblable, j'aurais recours à l'hystérec- « tomie abdominale, qui donne une toute autre facilité « pour l'ablation de ces tumeurs ».

Deniker résume ainsi les indications :

« Enucléation dans les cas de tumeurs bien isolées; « hystérectomie dans les cas de tumeurs utérines ou « très adhérentes à l'utérus; l'hystérectomie encore dans « les cas de kystes trop adhérents, opération bien supé- « rieure à la marsupialisation ».

Nous voyons donc que tous ces chirurgiens se sont efforcés, à juste titre, d'éviter autant que cela est possible, l'ablation de l'utérus; mais tous sont d'accord pour reconnaître qu'il y a des cas où cette mutilation est nécessaire, indispensable, pour mener à bien l'opération.

Si leurs contre-indications paraissent à première vue très nombreuses, il faut tenir compte qu'ils englobent dans la même étude toutes les tumeurs annexielles et nous n'avons pas la prétention de modifier des jugements aussi justes.

Nous croyons donc être du même avis que ces chi-

rurgiens en disant que tous les kystes inclus, volumineux et adhérents, sont justiciables de l'hystérectomie préliminaire, car c'est la seule opération qui permette leur ablation complète, et de façon méthodique et réglée. Avec l'hystérectomie on peut toujours faire une hémostase parfaite, une péritonisation complète.

A notre avis, il y a encore une raison particulièrement importante à préférer l'hystérectomie aux manœuvres d'énucléation : c'est le danger que l'on fait courir à *l'uretère* lorsque, pendant les manœuvres d'énucléation, on s'égare dans le tissu cellulaire qui entoure le kyste. Les chirurgiens que nous venons de citer n'en font pas une mention spéciale, malgré les nombreux cas connus de section, décollement, résection même de l'uretère. Ceci est, nous semble-t-il, une raison de grande valeur en faveur de l'hystérectomie, car cette opération permettant de trouver d'emblée le plan de clivage, met à l'abri d'un accident aussi redoutable.

Bien entendu, on ne devra pas pratiquer l'hystérectomie dans les cas de kystes de petit volume, non adhérents et faciles à énucléer.

Quant aux *kystes bilatéraux*, nous sommes d'avis de les enlever par l'hystérectomie systématique, car outre les difficultés techniques que l'on éprouve à faire leur ablation sans sacrifier l'utérus, nous pensons, comme le fait très justement remarquer Deniker, que les annexes ne serviraient plus à grand' chose, atrophiées qu'elles sont par la compression qu'elles subissent de la part des kystes. Cet auteur les compare aux testicules en ectopie.

Mais le point que nous voudrions mettre en valeur, est l'indication de pratiquer *l'hystérectomie comme temps préliminaire de l'opération*, et non pas comme temps concomitant ou complémentaire. Ce n'est qu'à cette condition qu'elle garde toute sa valeur technique, et pour cela il faut éviter de vouloir s'en passer dans les cas difficiles. Ceci exige des indications précises et un peu plus étendues que celles admises par la plupart des chirurgiens, qui ne voient en elle qu'une ressource de dernière heure et tentent trop souvent, à notre avis, de pratiquer l'énucléation par voie directe.

Voici les indications que nous estimons devoir être admises :

I. *L'hystérectomie subtotale est indiquée* :

1° Dans le kyste unilatéral inclus et adhérent.

2° Dans le kyste unilatéral inclus et de gros volume englobant l'utérus.

3° Dans le kyste unilatéral inclus, de quelque volume qu'il soit et même s'il n'est pas adhérent, compliqué d'annexite du côté opposé, de lésions utérines ou péri-utérines ou de fibrome utérin.

4° Dans le kyste inclus bilatéral.

II. *L'hystérectomie totale est indiquée* :

1° En cas de kyste suppuré rompu au cours de l'opération, et toutes les fois que du pus aura souillé le petit bassin.

2° En cas de kyste papillaire inclus.

3° En cas de cancer utérin coexistant.

CHAPITRE VII

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous n'insisterons pas sur la préparation de la malade, mais nous ferons remarquer que dans le Pavillon de Gynécologie de M. Rochard, on procède systématiquement au lavage du vagin de toutes les malades qui vont subir une laparotomie.

Ceci pour pouvoir drainer par cette voie lorsque le petit bassin est souillé par du pus. Un clan laissé dans le vagin servira à ramener le drain du petit bassin vers le vagin.

Instruments. — Ceux-ci sont contenus dans deux boîtes : la première servira pour l'opération proprement dite et la deuxième pour la fermeture de la paroi. Le chirurgien et son aide changent de gants avant de se servir des instruments contenus dans la deuxième boîte. Les instruments ne présentent aucune particularité et sont ceux dont on se sert dans des différents services pour faire une hystérectomie. Le seul, sur lequel nous voudrions

attirer l'attention est la valve de Rochard; cette valve est trop appréciée par tous ceux qui s'en servent pour que nous fassions son éloge ici. Elle présente l'incontestable avantage de rester toujours au-dessus des champs aseptiques, de pouvoir l'enlever et remettre en place aseptiquement et sans précautions spéciales.

L'isolement du champ opératoire, les autres détails du début et l'ouverture de la paroi, sont exécutés à peu près de la même façon que dans les autres services.

Protection de la grande cavité péritonéale. — La malade en position du plan incliné, on procède à la mise en place de la valve et immédiatement après, sans tenter la moindre exploration, on va protéger la grande cavité péritonéale. On se sert pour cela de champs souples, en tétra, de 60 centimètres de côté, qui sont enroulés dans le sens vertical et concentriquement, et contenus dans une boîte qui renferme toujours le même nombre de *dix*.

Cette manière de plier les champs, réduit leur volume et permet de les introduire plus aisément dans l'abdomen. Les deux premiers seront introduits à fond perdu afin de mieux refouler l'intestin, les suivants seront déroulés au fur et à mesure de leur introduction. A la fin de l'opération, l'infirmière compte le nombre de champs qui ont été retirés, en rend compte au chirurgien, et celui-ci n'aura qu'à faire le total avec ceux qui restent dans la boîte. Si ce total est de dix, la paroi peut être refermée sans crainte.

Choix du procédé opératoire. — Suivant la variété de kyste qui se présente, on devra appliquer un procédé

approprié. Le chirurgien procédera à ce que J. L. Faure appelle la « tactique opératoire ».

Pour ce faire, nous allons passer en revue les différentes formes de kyste intraligamentaire et décrire, au fur et à mesure, la technique qui nous semble la plus indiquée pour chaque cas.

Pour la commodité de la description, nous supposerons avoir affaire à des kystes non suppurés, nous réservant de faire un chapitre d'ensemble pour la conduite à suivre lorsqu'une poche purulente sera rompue au cours de l'opération.

Afin d'être plus clair, nous diviserons les kystes intraligamentaires de la manière suivante :

1° Kyste intraligamentaire pédiculé.

2° Kyste intraligamentaire, inclus, unilatéral et de petit volume.

3° Kyste intraligamentaire, inclus, unilatéral, de gros volume, adhérent.

4° Kyste intraligamentaire bilatéral, de gros volume.

5° Kyste intraligamentaire bilatéral, de petit volume.

6° Kyste intraligamentaire compliqué de lésions annexielles.

I. — **Kyste intraligamentaire pédiculé.**

Cette première forme ne présente aucune difficulté opératoire et on sait que leur extirpation se fait par ablation simple, précédée ou non de ponction, comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire.

II. — **Kyste intraligamentaire, inclus, unilatéral et de petit volume.**

Ces kystes de petit volume (du volume d'une orange environ) seront facilement extirpés par l'énucléation après incision du ligament large, car ils sont rarement très adhérents et surtout parce que leur petit volume ne gêne pas les manœuvres qui seront très aisées et partant faciles. Il serait inutile d'en discuter la technique plus longuement, car tous les chirurgiens sont d'accord là-dessus.

III. — **Kyste intraligamentaire inclus, unilatéral, de gros volume, englobant l'utérus, adhérent.**

Voici le type de kyste inclus que nous aurons surtout en vue et qui nous paraît présenter le plus d'intérêt au point de vue opératoire. Nous ne reviendrons pas sur la discussion de l'intervention que nous avons déjà exposée, nous contentant de rappeler que nous donnons la préférence à l'hystérectomie préliminaire afin de faciliter son abord, car c'est le seul moyen d'aborder la tumeur chirurgicalement c'est-à-dire, en allant d'emblée au plan de clivage naturel, facile à trouver par le dédoublement des deux feuilles du ligament large, et de conserver la bonne méthode qui consiste à aborder les tumeurs du petit bassin de bas en haut et de dedans

en dehors. Au surplus, il y a dans la décision à prendre une large part de « flair » chirurgical, et seul l'opérateur sera à même de décider s'il doit au préalable tenter l'énucléation. Si l'on prévoit des adhérences, si le kyste « tient », si son début remonte à plusieurs mois, nous pensons que le parti le plus sage est d'aller droit à l'utérus.

Le chirurgien est en présence d'un kyste volumineux, souvent du volume d'une tête d'enfant ; en dédoublant le ligament large, il a déplacé les organes voisins et le petit bassin se trouve occupé presque en entier par la tumeur. Il n'existe plus de rapports normaux pour guider votre intervention et la main qui explore glisse sur cette grosse tumeur qui ne présente aucune partie accessible, ayant partout la même consistance et se continuant partout avec le péritoine environnant.

Le kyste a déplacé les organes voisins, en particulier l'uretère qui peut être soulevé, décollé sur une longue étendue et il n'est pas possible de prévoir sa situation exacte car il peut être « chargé » par la tumeur à différents niveaux de son trajet.

L'utérus est souvent « incrusté dans la paroi du kyste » (Jonnesco), ou bien il est en quelque sorte englobé, comme disait Terrier. Le kyste coiffe l'utérus sans le contenir, tel un ballon imparfaitement gonflé et retenu par ses cordages retomberait sur sa nacelle en la coiffant complètement. L'utérus n'étant pas accessible directement, la « bouée de sauvetage » manque, pour employer la belle image de Rochard et même l'hystérectomie présentera quelques difficultés, à plus

forte raison l'énucléation par incision du ligament large.

Mais tandis que l'hystérectomie préliminaire ne présentera que des avantages une fois le col sectionné, car elle rendra les manœuvres plus aisées par la place que fera l'utérus lorsqu'il sera attiré vers le haut, parce que le plan de clivage se présentera de lui-même; l'énucléation par simple incision du ligament large va nous présenter des difficultés très sérieuses pour trouver le plan de clivage et la main va s'égarer dans le tissu qui environne le kyste, arrêtée à chaque instant par les adhérences, déchirant les feuillets du ligament large et procédant par des manœuvres aveugles, avec l'angoissant danger de l'uretère qui, en gynécologie, est l'organe redouté, à très juste titre, par tous les chirurgiens.

Quelle que soit la position du kyste, à évolution latérale, antérieure ou postérieure, M. Rochard a pour principe de s'attaquer d'abord au col utérin.

L'opération comprend deux temps principaux :

1er temps : Section du col utérin.

2e temps : Clivage du kyste de bas en haut.

1er Temps : ***Section du col utérin***. — C'est par le procédé de Kelly, dit procédé américain (Voir Fig. 1) que nous allons pratiquer l'hystérectomie, mais pour aborder le col d'une façon plus rapide et plus aisée, nous avons l'habitude, comme cela est pratiqué par beaucoup de chirurgiens à l'heure actuelle, d'exécuter le 1er temps de la décollation antérieure de De Martel, très bien étudiée dans la thèse de P. Villechaise

(*L'hystérectomie abdominale par décollation antérieure*, Thèse de Paris, 1914). La plupart du temps on ne peut pas exécuter ce 1er temps au complet, car le ligament rond du côté du kyste n'est pas visible ou est reporté très en arrière. Dans ce cas, nous nous contentons de sectionner le ligament rond du côté sain :

Avec deux pinces de Kocher, on pince le ligament rond du côté sain, à quelques centimètres de la corne utérine, on sectionne entre les deux pinces ce qui permet de glisser une des branches des ciseaux courbes sous le péritoine antérieur qui sera sectionné à arc de cercle à concavité postérieure. On prolonge cette incision de 4 à 5 centimètres et on récline la vessie en avant.

La vessie ainsi mise à l'abri, on va pouvoir aborder le col en toute sûreté. Le pédicule utéro-ovarien du côté sain sera alors incisé entre deux pinces de Kocher et avec les ciseaux ou la compresse, on dégagera le côté correspondant du col.

Grâce à la section des pédicules, la section du col va se trouver facilitée. La main correspondante au côté sain, que nous appellerons main profonde, va reconnaître le col et ne doit plus quitter le contact. Une pince en cœur amarrée aux annexes va permettre à l'aide de faire la traction tandis que le chirurgien, guidé sur la main profonde et pendant que celle-ci écartera les deux feuillets du ligament large pour les éloigner du bord du col, va de la main droite placer la pince à utérine sur l'artère de ce côté. Ce temps de l'opération peut être assez délicat lorsque le kyste

FIG. 1. — PROCÉDÉ AMÉRICAIN

Section des pédicules et du col en partant du côté sain. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr J.-L. Faure et aimablement prêté par MM. Doin et Fils, éditeurs.

Fig. 2. — Procédé américain
Section préliminaire du col.

englobe l'utérus car il faut alors bien récliner les parois du kyste qui cachent l'accès du col et ne pas les prendre dans les mors de la pince à utérine. Lorsque celle-ci est placée et limitant les branches des ciseaux avec la main profonde afin de ne pas perforer le kyste, on sectionne le col (Voir fig. 2). Lorsque la section est presque achevée, ce dont une main exercée se rend facilement compte, on place la 2e pince à utérine, comme dans tout américain, c'est-à-dire, l'extrémité inférieure en dehors, et le premier temps de l'opération est achevé.

2e Temps : ***Clivage du kyste***. — L'utérus une fois sectionné, on le saisit au niveau de la tranche cervicale avec une pince de Museux et on le fait basculer tout en l'attirant vers le haut. Cette manœuvre permet, lorsque le kyste n'est pas trop volumineux, de découvrir le moignon de col que l'on fermera par une pince de Museux. La tranche cervicale sera thermocautérisée, pour éviter l'infection de la main qui va être en contact avec elle ; mais cela ne suffit pas, et il faut fermer l'orifice de la cavité cervicale avec une ou deux pinces de Museux qui serviront en outre « à faire la traction menant aux annexes » (Quénu).

On va maintenant pouvoir aller à la recherche du plan de clivage qui sera ainsi beaucoup plus facile à trouver en l'attaquant de bas en haut, et les manœuvres seront beaucoup plus aisées parce que la bascule de l'utérus aura fait de la place.

La main profonde, en dédoublant les deux feuillets du ligament large, va aller immédiatement à la recherche

du plan de clivage, et pour cela elle va plonger vers le pôle inférieur du kyste tout en l'attaquant plutôt en avant qu'en arrière pour mieux éviter l'uretère. On sait, en effet, que l'uretère risque d'être chargé surtout en arrière, au moment où il vient de quitter la fossette ovarienne. (Voir fig. 3).

La main qui va ainsi décoller les parois du kyste ne doit plus perdre le contact intime avec sa paroi et par des mouvements souples successivement de flexion et d'extension des 3e phalanges, face palmaire regardant en haut et en arrière, se consacrera à détruire les adhérences de la paroi kystique avec les tissus environnants. Nous rappelons que ces adhérences sont très solides au niveau du pôle inférieur et que la traction exercée sur l'utérus à l'aide des pinces de Museux va les tendre et faciliter leur rupture par la main profonde. Ces adhérences détruites, d'avant en arrière, on continuera la décortication du kyste en s'attaquant successivement à ses parois antérieures et postérieures.

Mais au fur et à mesure que l'on énuclée, il faut que la main préposée à la traction exécute un mouvement de bascule de manière à rejeter les pinces de traction du côté de l'aide.

Cette manœuvre va nous permettre d'énucléer la poche sur place en lui faisant exécuter un mouvement de circumduction dans l'enveloppe formée par le ligament large. Ceci pour ne pas tirailler les organes qui pourraient être contenus dans le tissu qui s'interpose entre les parois du kyste et la face interne du ligament large et dont l'uretère est le plus important et

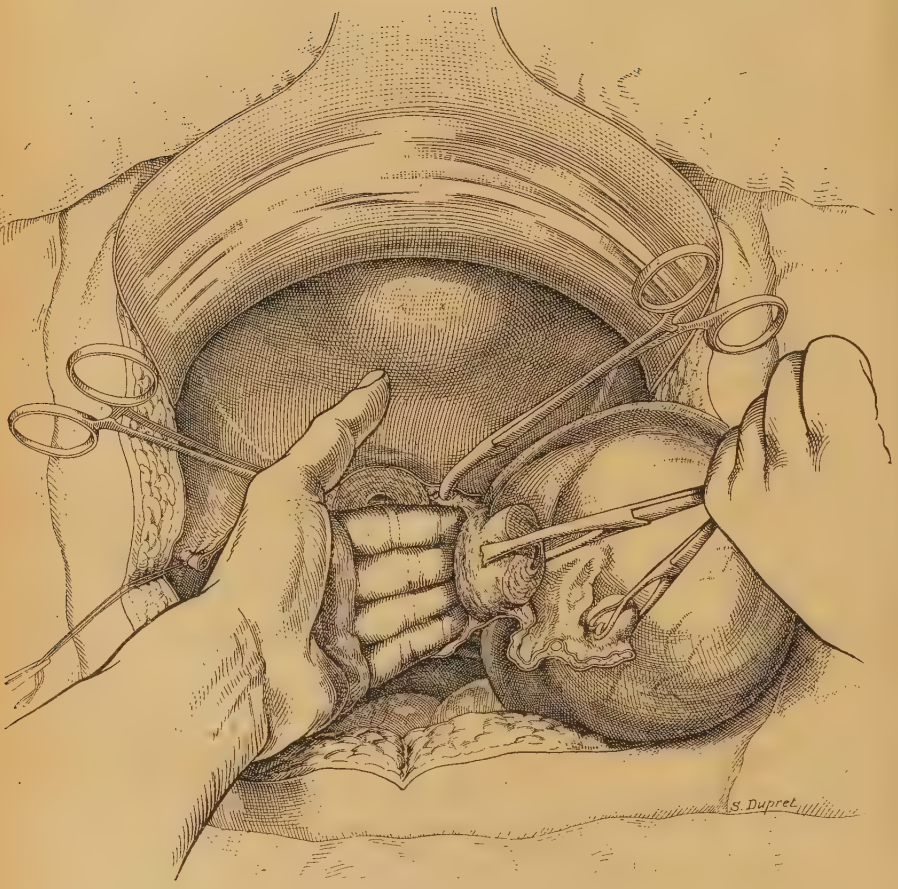

FIG. 3. — PROCÉDÉ AMÉRICAIN
Clivage du kyste.

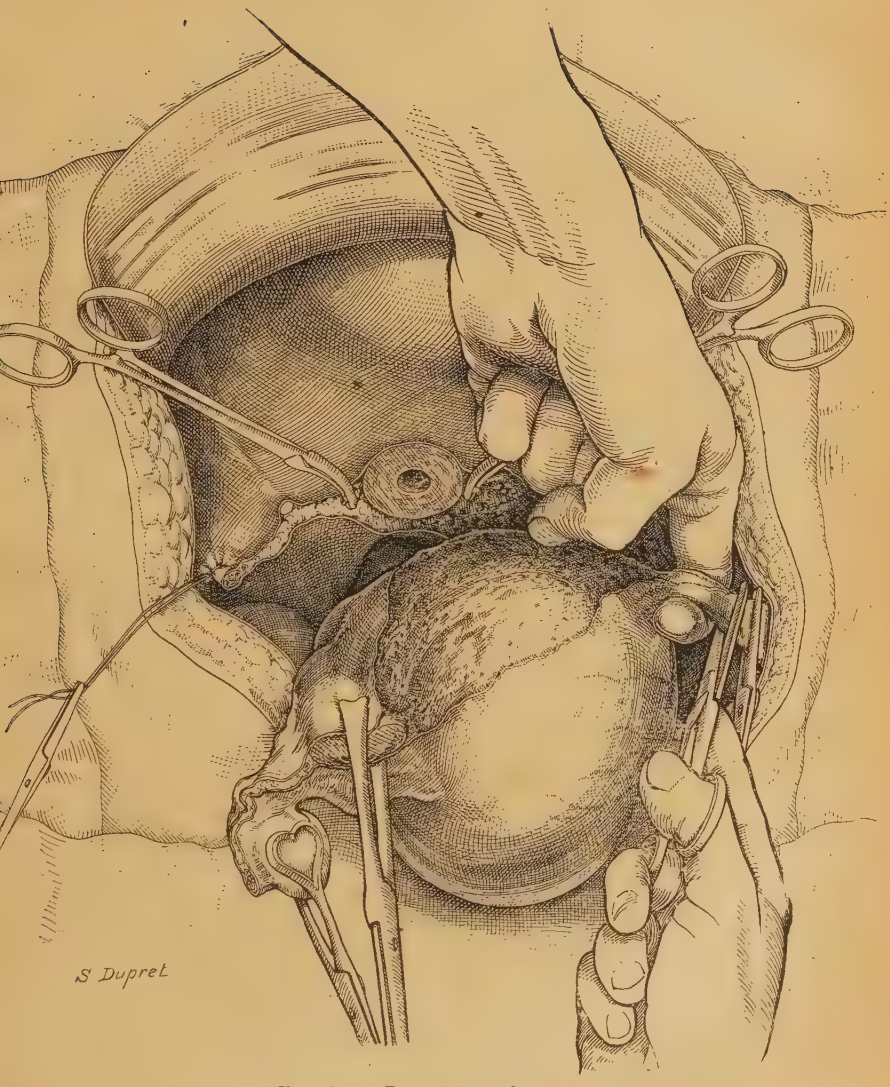

FIG. 4. — PROCÉDÉ AMÉRICAIN
Section du pédicule.

le plus redoutable, car le décollement même de cet organe constitue déjà une complication fort grave.

Le kyste décollé sur toutes ses faces, on pourra faire l'énucléation proprement dite et, comme le fait justement remarquer Louis Bazy, les deux valves du ligament vont revenir sur elles-mêmes, ce qui permettra de vérifier que l'uretère n'est pas contenu dans la paroi du kyste et d'autre part facilitera la ligature du pédicule utéro-ovarien de ce côté. Jusqu'ici ce pédicule était étalé, disséminé par la distension du ligament large, tandis que maintenant il va se ramasser et l'on pourra ainsi charger tous les vaisseaux et sectionner le pédicule après l'avoir saisi avec une pince de Kocher (Voir fig. 4).

Hémostase. — A ce moment, on procède à la cautérisation du moignon de col. Il faut plonger le thermo-cautère dans la cavité du col à plusieurs reprises pour bien détruire la muqueuse et prévenir ainsi sa dégénérescence épithéliomateuse.

Par un point en X, on obture cette cavité et l'on procède à l'hémostase par la ligature de chaque pédicule séparément.

Péritonisation. — On péritonise soigneusement le plancher du petit bassin par un surjet de droite à gauche. Cette péritonisation doit être faite de façon à enfouir tous les pédicules de même que la tranche du col. On sait, en effet, l'importance que l'on attache actuellement au fait de ne pas laisser des surfaces cruentées en contact avec les anses intestinales, et nous avons fait remarquer plus haut que Quénu y voit une indication

de l'hystérectomie, pour peu qu'elle paraisse devoir être incomplète.

Cette péritonisation sera faite avec les deux valves du ligament large, après les avoir régularisées, si elles sont déchiquetées sur les bords. Mais il arrive souvent que l'on a trop de péritoine, et dans ce cas, on fera un surjet que l'on enfouira par un 2e surjet séro-séreux comme pour une plaie d'un viscère. La péritonisation devient ainsi tout à fait excellente car on enfouit les bords sectionnés.

Après vérification de l'hémostase, on enlève la valve, le chirurgien et l'aide changent de gants et procèdent à la fermeture de la paroi après avoir iodé à nouveau les abords immédiats de la plaie et changé les champs qui l'entourent.

Si l'on avait des craintes pour l'hémostase, on laissera un petit drain de sûreté pendant 48 heures.

IV. — **Kyste bilatéral de gros volume.**

Cette catégorie de kyste est aussi difficile à aborder que la précédente et les dangers sont les mêmes. Avant toutes choses, il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'un kyste bilatéral, ce qui est facile même lorsque les deux tumeurs se touchent par dessus le fond de l'utérus.

Nous pensons que la meilleure méthode à leur appliquer, est:

L'hystérectomie par hémi-section de J. L. Faure : (Voir fig. 5).

Nous rappelons la technique en quelque mots, ren-

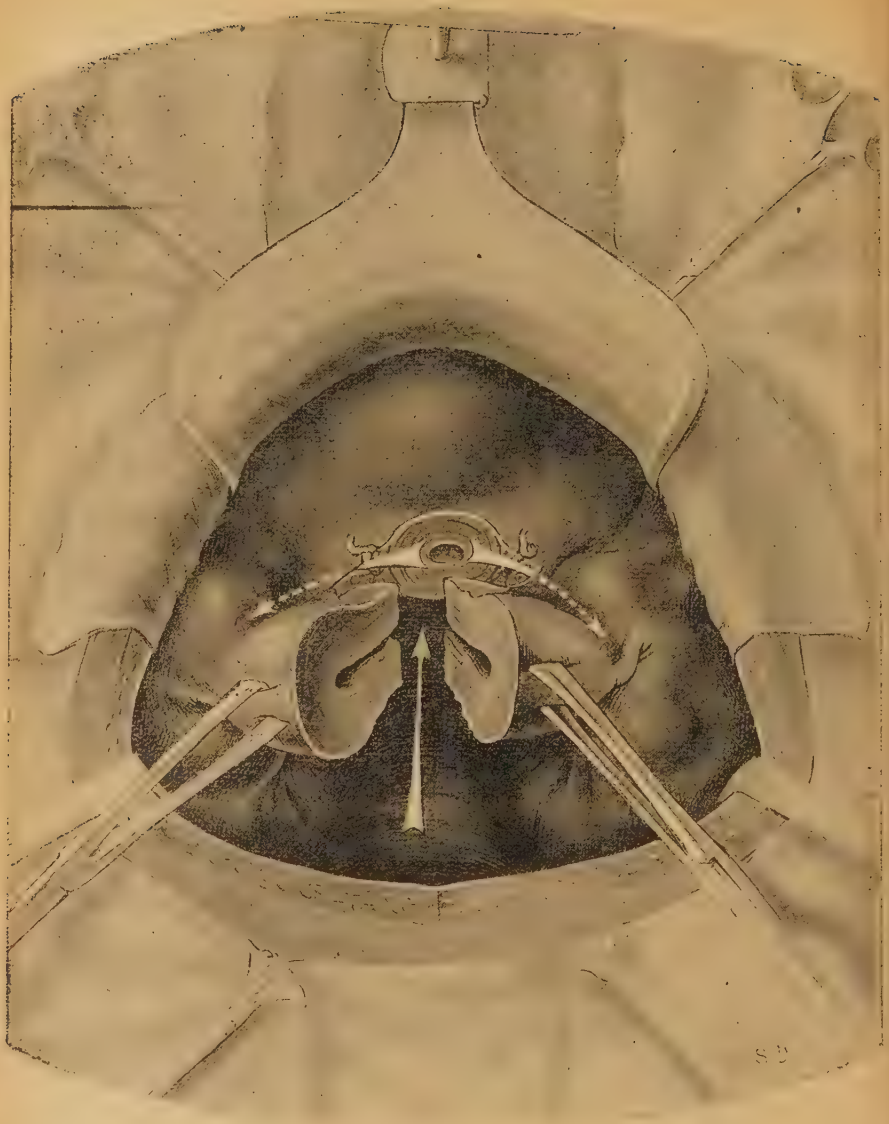

FIG. 5. — PROCÉDÉ DE L'HÉMISECTION

Section médiane de l'utérus longitudinalement – Section transversale de chaque moitié au niveau de l'isthme. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr J.-L. Faure et aimablement prêté par MM. Doin et Fils, éditeurs.

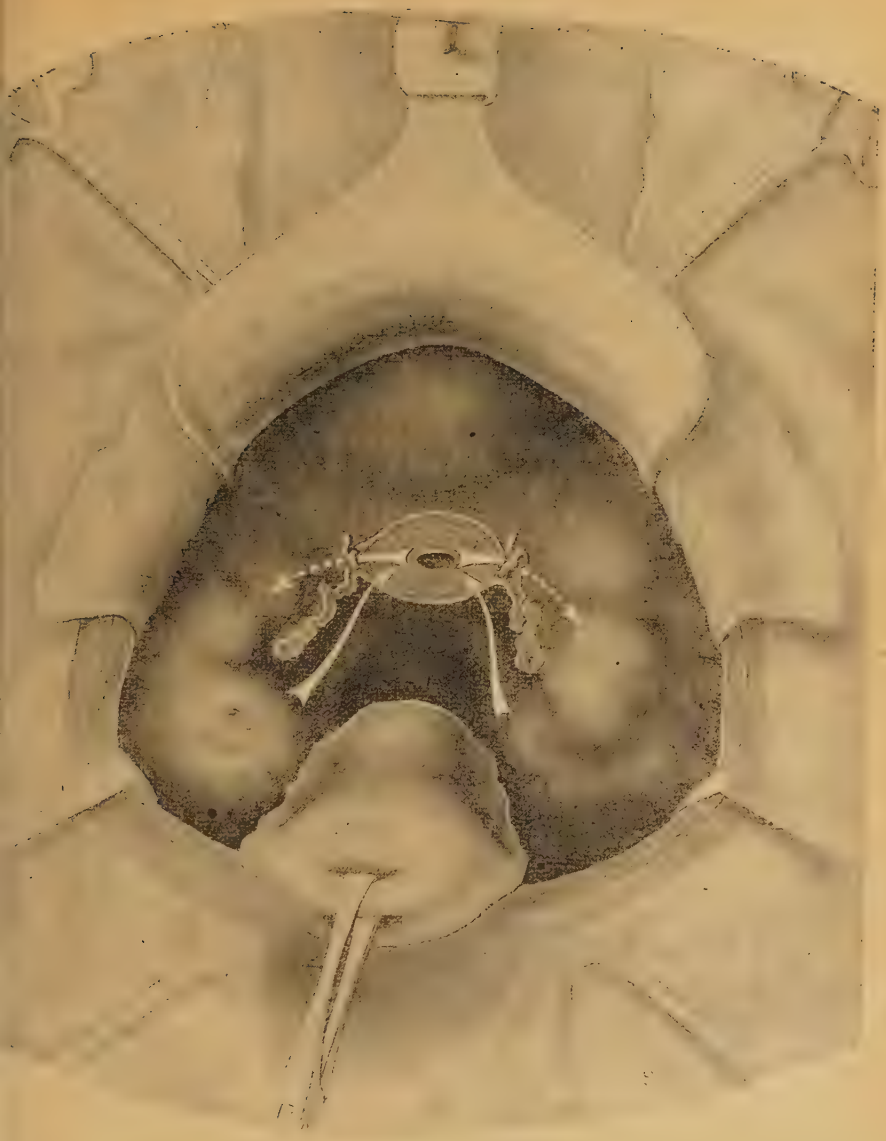

FIG. 6. — PROCÉDÉ DE TERRIER

tion première de l'utérus. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr J.-L. Faure et aimablement prêté par MM. Doin et Fils, éditeurs.

voyant pour plus de détails au *Traité de Gynécologie* de J. L. Faure et Siredey.

Lorsque les deux tumeurs se touchent par dessus le fond utérin, il convient de bien les délimiter avan d'aborder l'utérus et placer deux valves vaginales, grâce auxquelles l'aide pourra exposer le fond utérin et permettre au chirurgien de l'aborder en toute sécurité.

Section de l'utérus : ainsi exposé, le fond utérin sera saisi par deux pinces de Museux et on sectionnera l'utérus par le fond en allant vers le col et dans le sens sagittal. Cette section se fera aux ciseaux droits. Arrivé au niveau de la cavité cervicale, on remplace les ciseaux droits par des ciseaux à forte courbure et l'on sectionne les deux moitiés du col de dedans en dehors, en plaçant une pince sur l'artère utérine de chaque côté avant de la sectionner.

Clivage des kystes : les tranches utérines seront badigeonnées à la teinture d'iode, amarrées solidement par des pinces de Museux, et l'on procèdera au clivage des kystes de dedans en dehors en se servant de la moitié correspondante de l'utérus comme organe de traction. Le clivage et les autres temps se feront comme précédemment en commençant par le kyste le moins volumineux.

Le procédé de Terrier (Voir fig. 6), ne présente pas les mêmes avantages, car on risque de couper les parois du kyste en passant entre lui et l'utérus et l'on n'a pas beaucoup d'espace pour placer les pinces à utérine et sectionner le col, car les kystes viennent s'appliquer contre ce dernier.

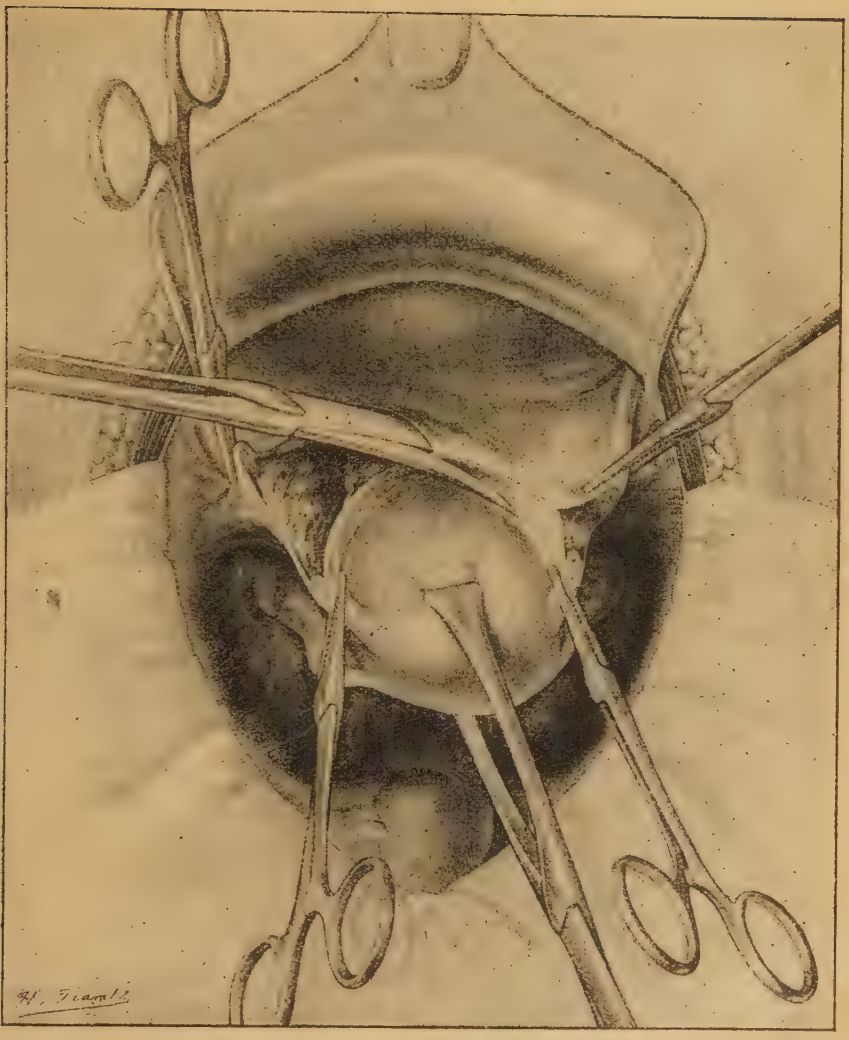

FIG. 7. — PROCÉDÉ DE LA DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

Taille du lambeau péritonéal antérieur. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr Louis Bazy et aimablement prêté par MM. Masson et Cie, éditeurs.

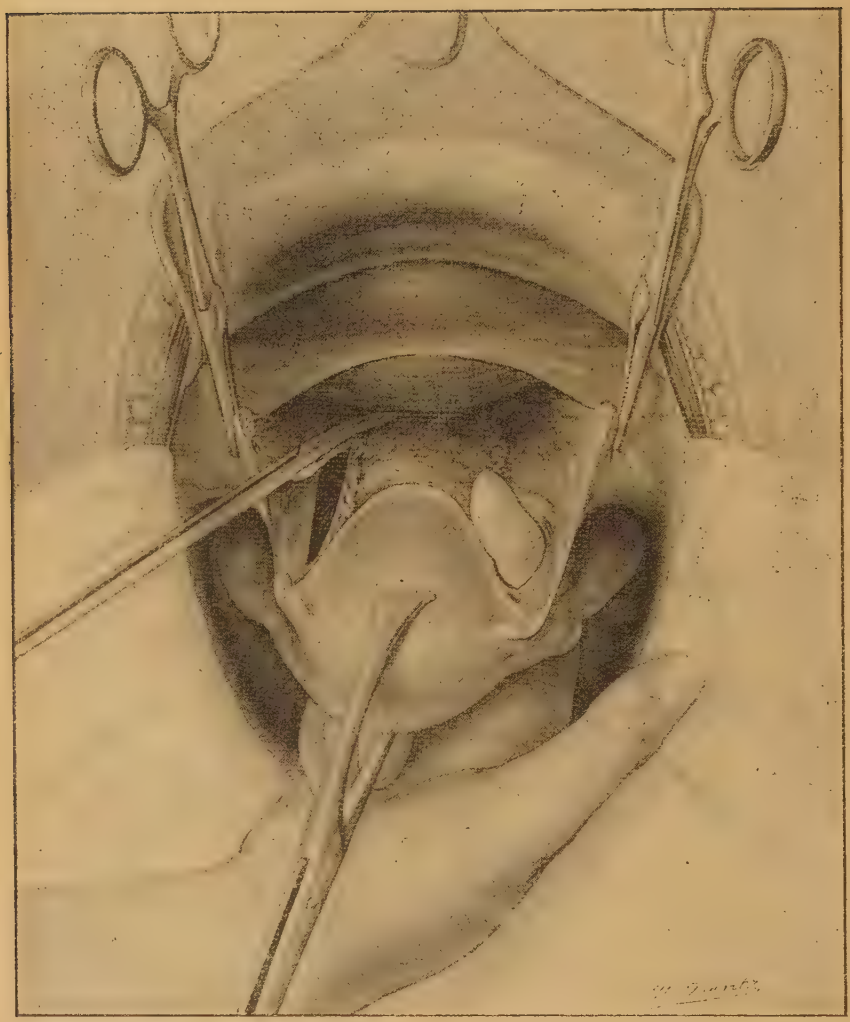

FIG. 8. — PROCÉDÉ DE LA DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

Effondrement du feuillet postérieur du ligament large. Pincement des artères utérines. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr Louis Bazy et aimablement prêté par MM. Masson et Cie, éditeurs.

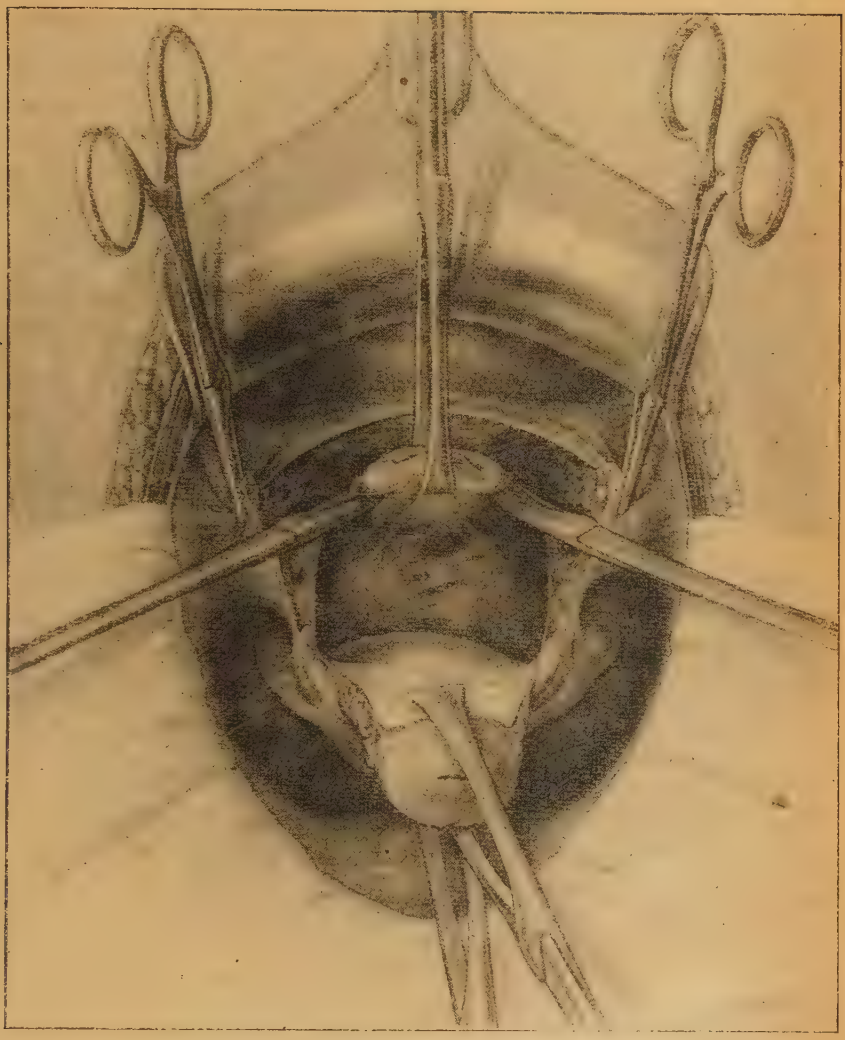

FIG. 9. — PROCÉDÉ DE LA DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

Le col est sectionné. Fermeture avec deux pinces de Museux des deux orifices de section. Luxation du corps utérin. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr Louis Bazy et aimablement prêté par MM. Masson et Cie, éditeurs

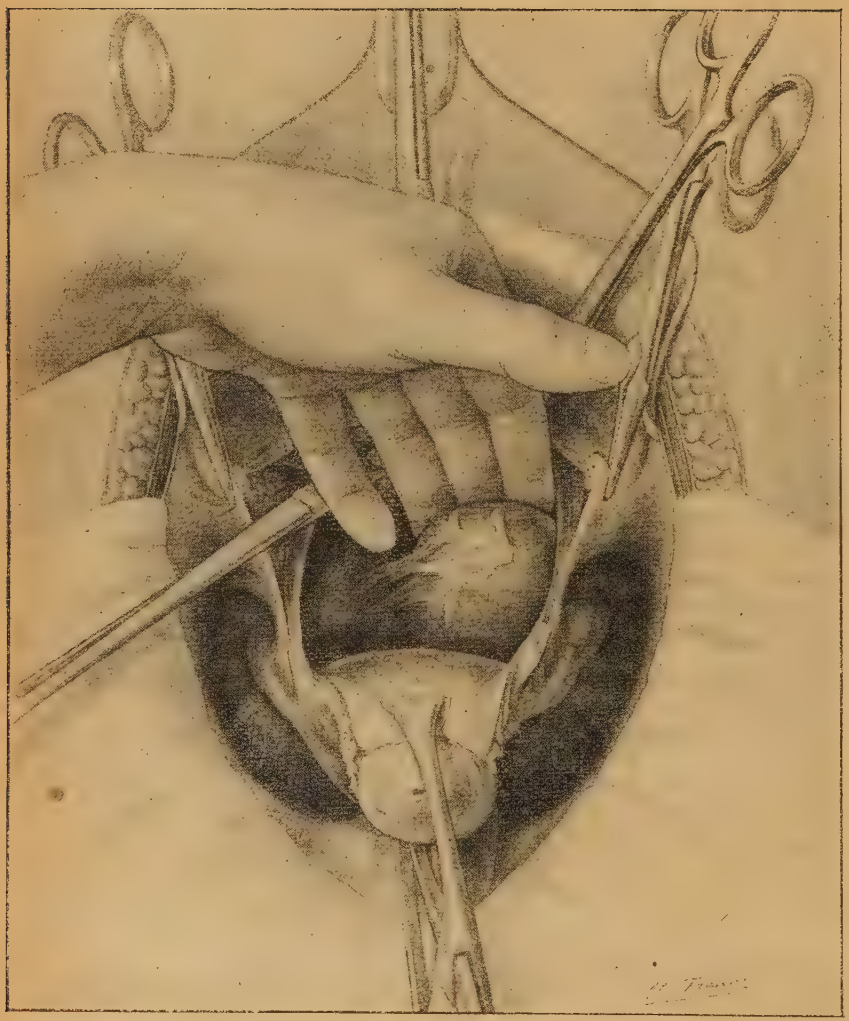

FIG. 10. — PROCÉDÉ DE LA DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

Clivage des kystes de bas en haut et d'avant en arrière. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr Louis Bazy et aimablement prêté par MM. Masson et Cie, éditeurs.

V. — Kyste intraligamentaire bilatéral de petit volume.

Le kyste bilatéral dont le volume ne dépasse pas celui d'une orange, sera facilement extirpé par le procédé de la décollation antérieure de De Martel, méthode dont l'éloge n'est plus à faire et qui est admirablement exposée et traitée dans la thèse de P. Villechaise. Voici le résumé de la technique (Voir fig. 7, 8, 9, 10).

On sectionne les deux ligaments ronds afin de tailler un lambeau péritonéal qui permettra de récliner la vessie en avant et de procéder à la section du col tout en gardant un large lambeau péritonéal.

La vessie ainsi réclinée, le doigt effrondre les ligaments larges de chaque côté en passant entre le col et la tumeur du côté correspondant : on dégage les côtés du col et on le sectionne après avoir pincé les utérines. Le col sectionné, il sera facile de cliver les kystes en les attaquant d'avant en arrière et de bas en haut, en dédoublant les deux feuillets du ligament large, ce qui permet de trouver le bon plan de clivage. L'opération se termine par la section des pédicules utéro-ovariens.

VI. — Kyste intraligamentaire compliqué de lésions annexielles.

Suivant le volume du kyste, on pourra appliquer différents procédés :

1° En cas de kyste de petit volume avec salpingite de l'autre côté, on aura tout avantage à pratiquer la décollation antérieure.

2° En cas de kyste de gros volume, compliqué de salpingite du côté opposé, on devra donner la préférence au *procédé mixte* (Terrier et Américain) qui consiste comme on le sait à sectionner entre l'utérus et les annexes atteintes de salpingite, faire une salpingectomie de ce côté pour faire de la place et attaquer le kyste par le procédé de Kelly (Voir fig. 11).

Incidents.

Plusieurs incidents peuvent survenir au cours de l'opération :

1° Le kyste est de trop gros volume pour être extirpé sans ponction préalable. On n'aura qu'à le ponctionner comme un kyste ordinaire, sans le vider complètement car cela rendrait beaucoup plus difficile la recherche de plan de clivage. Il faudra donc faire une évacuation incomplète et obturer l'orifice avec des pinces à kyste avant de procéder au clivage.

2° Le kyste peut se rompre au cours des manœuvres; il faudra se conduire comme précédemment.

3° Déchirure de la vessie ou de l'intestin :

En présence d'une déchirure d'un de ces organes, il faut procéder immédiatement à leur suture en 2 ou 3 plans au catgut chromé de préférence. Les péritoniser très soigneusement et si cela n'est pas possible, amener

FIG. 11. — PROCÉDÉ MIXTE (TERRIER ET AMÉRICAIN)

Section entre l'utérus et les annexes atteintes de salpingite. — Cliché dû à l'obligeance de M. le Dr J.-L. Faure et aimablement prêté par MM. Doïn et Fils, éditeurs.

un bout d'épiploon sur la suture si l'on n'est pas absolument sûr de sa solidité.

Lorsqu'il s'agit d'une plaie de la vessie, on devra y laisser une sonde à demeure.

Lorsque c'est le rectum qui est lésé, il faudra y laisser une longue sonde rectale, qui doit dépasser la lésion et servira à introduire de l'huile pour éviter la stase des matières.

4° Traumatisme ou rupture de l'uretère :

C'est une complication des plus graves, car suivant le degré des lésions, le chirurgien sera forcé de faire un abouchement à l'intestin, à la peau, ou la réunion immédiate, etc. Il n'est pas possible de fixer d'avance la conduite à suivre.

5° Décollement ou déchirure du méso de l'anse sigmoïde ou de celui du cæcum :

Complication qui peut être fort grave et obligeant le chirurgien, dans certains cas, à faire immédiatement une résection intestinale si les lésions du méso font craindre un sphacèle de l'anse intéressée.

6° Lésion d'un gros vaisseau :

Complication heureusement rare et dont la conduite se résume en deux mots : arrêter l'hémorragie. Il faudra donc procéder à la ligature du vaisseau qui saigne.

7° Le petit bassin a été souillé par du pus :

Cette complication est assez fréquente, soit qu'il s'agisse d'un kyste suppuré rompu au cours de l'opération, ou qu'on ait ponctionné de parti pris, croyant avoir affaire à un kyste aseptique. Soit qu'il s'agisse d'une poche salpingienne rompue au cours des manœuvres.

En présence de cette complication, nous pensons qu'il n'y a qu'une conduite à suivre : procéder au drainage vaginal.

Hystérectomie subtotale-totalisée.

Nous donnons la préférence, pour faire ce drainage à l'hystérectomie totale par le procédé de Rochard, connue sous le nom de « Subtotale-totalisée » et bien décrite dans la thèse de J. Dedet (Paris, 1917).

Nous allons rappeler en quelques mots cette technique : l'hystérectomie subtotale est achevée, mais on n'a pas encore procédé à la péritonisation, ni à l'hémostase. Il s'agit de supprimer le bout inférieur du col afin de passer un drain vaginal par la brèche ainsi créée.

A l'aide d'une pince de Museux, on saisit solidement le moignon de col et on place, parallèlement à son grand axe, une pince de Kocher de chaque côté du col entre la pince à utérine qui reste en dehors et le bord latéral du col qui est en dedans. Pour éviter l'uretère, cette pince doit être placée parallèlement au col et raser celui-ci. En même temps, on tire fortement, dans la direction de l'ombilic, sur la pince de Museux et cette manœuvre va éloigner l'utérine et les branches de l'uretère au moment où il croise l'artère.

Avec des ciseaux droits, on sectionne le col en passant entre son bord et la pince de Kocher, mais la section ne doit pas aller plus loin que l'extrémité inférieure de la pince, car on sectionnerait ainsi des branches vaginales de l'utérine non contenues dans la prise. Ainsi sec-

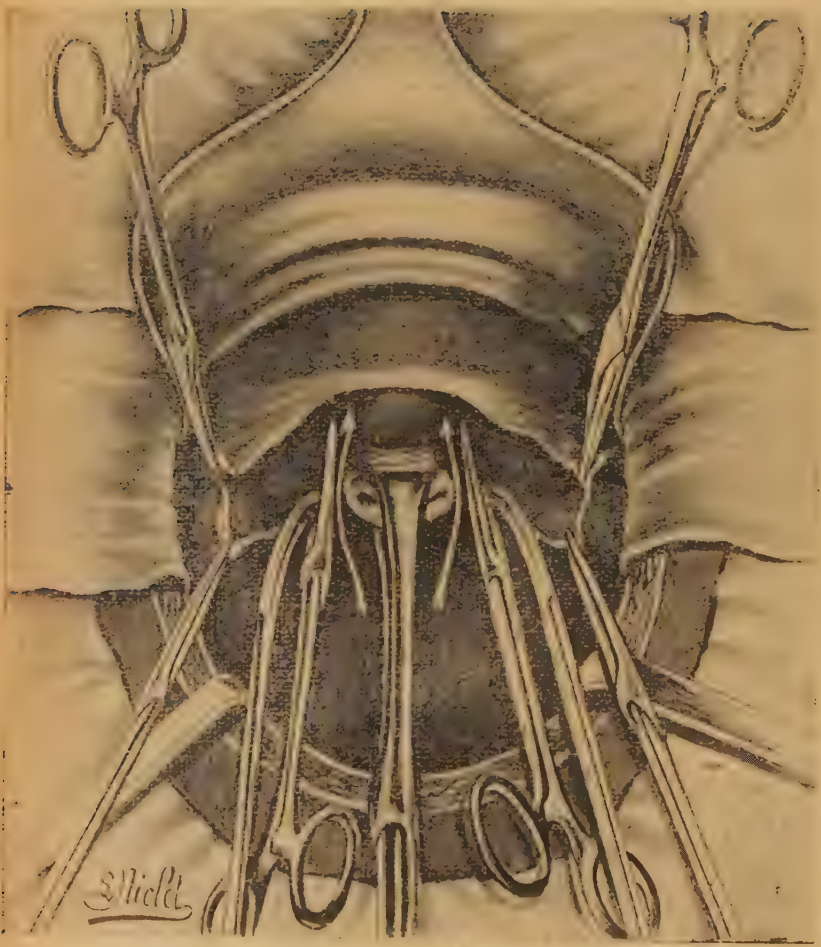

FIG. 12. — PROCÉDÉ DE LA SUBTOTALE TOTALISÉE

Deux pinces de Kocher sont placées au ras du col. — Cliché dû à l'obligeance du Dr Pedro P. de Carvalho.

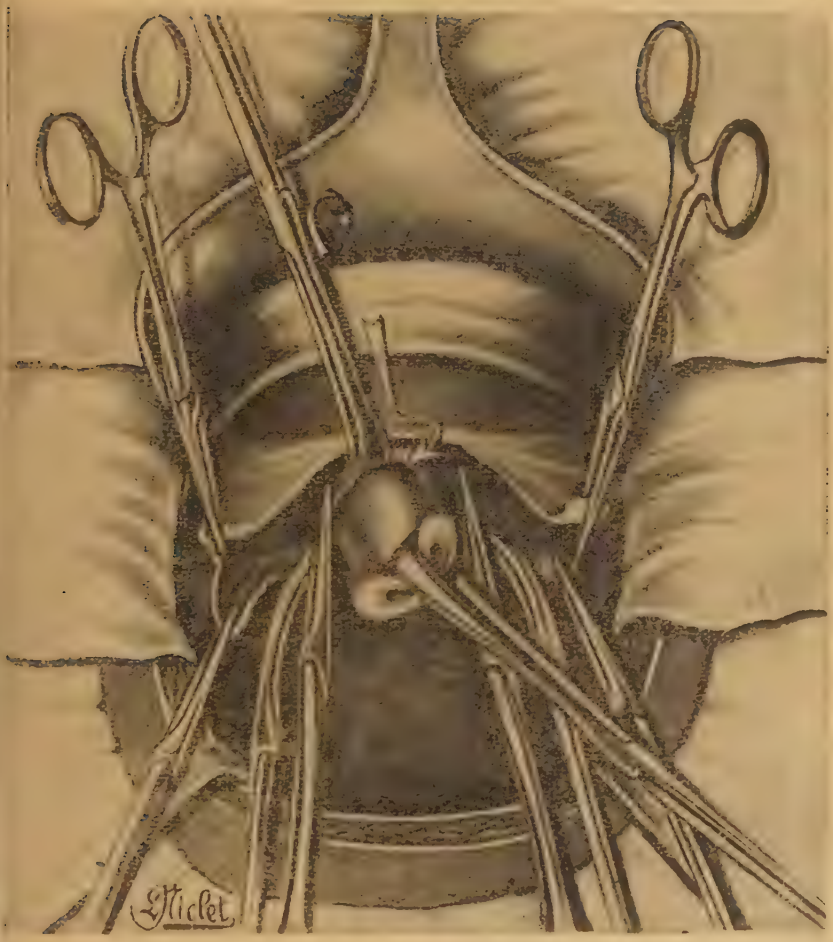

Fig. 13. — Procédé de la subtotale totalisée
)uverture du vagin latéralement. — Cliché dû à l'obligeance du Dr Pedro P. de Carvalho.

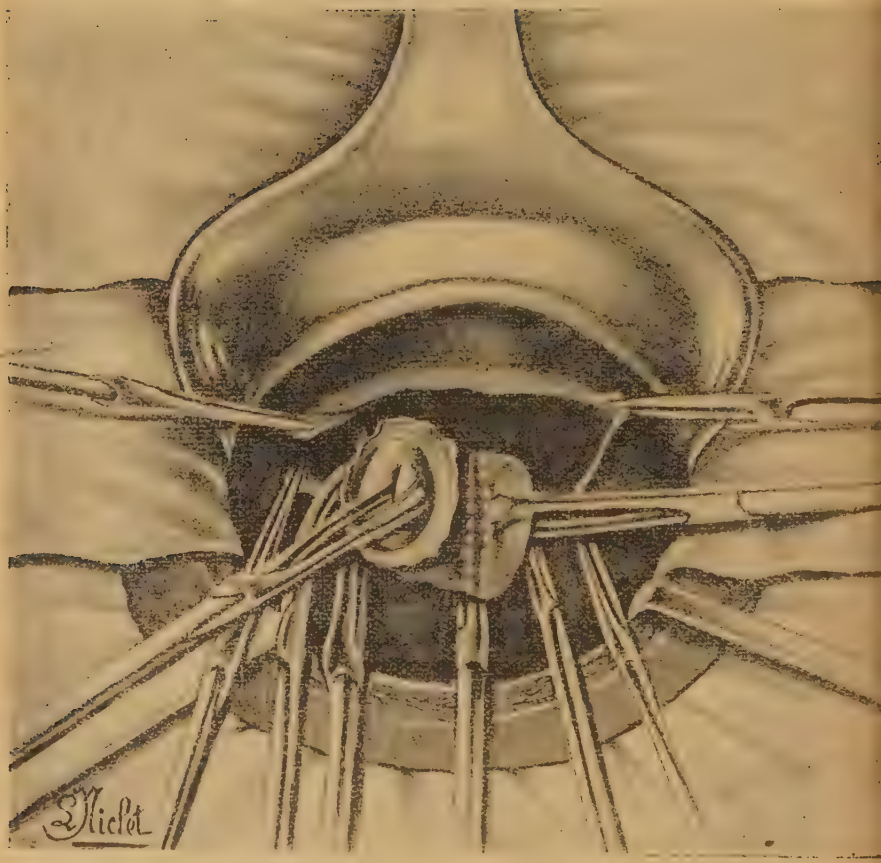

FIG. 14. — PROCÉDÉ DE LA SUBTOTALE TOTALISÉE

Luxation du col et désinsertion du dôme vaginal. — Cliché dû à l'obligeance du Dr Pedro P. de Carvalho.

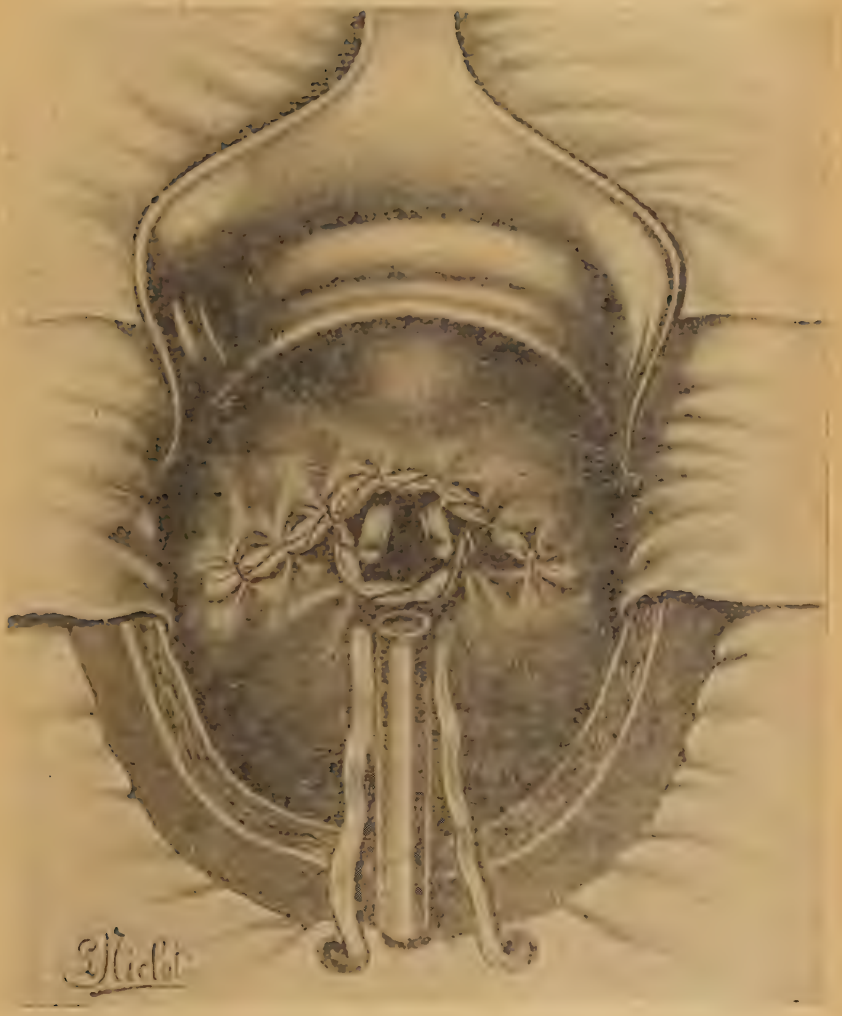

Fig. 15. — Procédé de la subtotale totalisée

La péritonisation est achevée, la pince vaginale va ramener le drain et les mèches. — Cliché dû à l'obligeance du Dr Pedro P. de Carvalho.

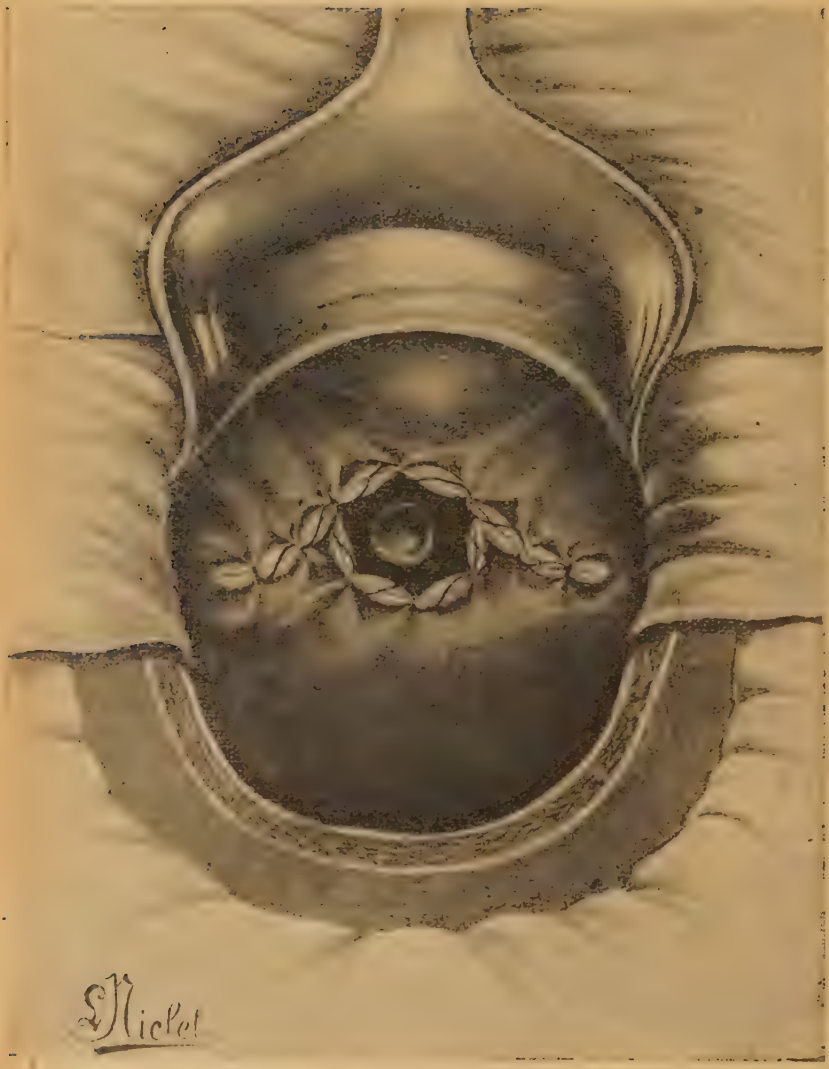

FIG. 16. — PROCÉDÉ DE LA SUBTOTALE TOTALISÉE

Le drain est en place, le feutrage formé par les mèches n'est pas figuré. — Cliché dû à l'obligeance du Dr Pedro P. de Carvalho.

tionné des deux côtés, on procède à la mise en place de deux autres pinces, une de chaque côté. Ces pinces descendront plus bas que les antérieures et devront avoir la même direction et être placées avec les mêmes précautions. Un coup de ciseaux de chaque côté, toujours au ras du col et en dedans des pinces, vont le libérer et permettre la désinsertion du dôme vaginal. Avec des ciseaux courbes, on coupe transversalement et on saura qu'on sectionne bien le vagin et non plus le col, au son creux que l'on entend.

On fait une boutonnière dans le vagin, on l'agrandit et saisissant le museau de tanche à l'aide d'une pince de Museux, on va renverser le col et lui faire subir une rotation sur son axe vertical au fur et à mesure que l'on sectionne son insertion vaginale.

Le col enlevé, on procèdera à l'hémostase :

1° On procèdera de suite à l'hémostase de la tranche postérieure car elle saigne abondamment. Pour cela, il faut faire un surjet de toute la tranche avec points d'appui aux ligaments utéro-sacrés.

Si le col ne pouvait pas être enlevé par ce procédé, ce qui arrive parfois, on fera son ablation par le procédé de l'hémisection. On péritonise en ménageant un orifice pour le drain.

Un drain et deux mèches sont conduits de l'abdomen vers le vagin par la pince vaginale que l'on a placée au début et les mèches sont attirées, avec le drain, jusqu'à la vulve. Il ne reste alors qu'à les tasser et on procède à la fermeture de la paroi comme nous l'avons dit plus haut. Nous avons l'habitude de verser quelques grammes

d'éther dans le petit bassin avant de fermer la paroi. (Voir fig. 12, 13, 14, 15, 16).

Mèches et drain seront retirés le 5e jour, par voie vaginale, bien entendu.

2° Ligature des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds, puis on fera la ligature des pinces qui comprennent les utérines. Cette ligature se fera en masse de chaque côté à l'aide d'une aiguille à pédale et prenant point d'appui sur la commissure de la tranche vaginale.

Nous nous excusons de ne pas faire un chapitre de bibliographie, le temps matériel nous manque pour la faire complète.

OBSERVATIONS

Obs .I. — Mme V. M..., âgée de 39 ans.

A son entrée à l'hôpital, la malade se plaint d'une sensation de gène dans le bas-ventre et de douleurs intermittentes qu'elle localise mal. Rien de particulier dans les antécédents.

Opérée le 12 Octobre 1917 : après ouverture de la paroi, on se trouve en présence d'un *double kyste* intraligamentaire ayant complètement dédoublé les deux ligaments larges. A droite, la masse est bridée par le pédicule utéro-ovarien et par le ligament rond ; à gauche, le pédicule n'est pas visible. A l'exploration manuelle, on sent un utérus mobile mais englobé par les deux masses fluctuantes qui se rejoignent, presque, à la surface postérieure et adhèrent intimement à l'utérus. A gauche, quelques adhérences épiploïques et intestinales, qu'on libère. On saisit l'utérus avec une pince de Museux et au bistouri on libère les deux poches de la face

postérieure de l'utérus. Au cours de cette manœuvre, la masse droite crève faisant jaillir un liquide clair, transparent. On fait *l'hystérectomie par décollation antérieure*, procédé de De Martel. La masse droite s'étant vidée partiellement, devient difficile à décoller; on la sépare de l'utérus. Extirpation du kyste gauche qui vient intact. Secondairement, extirpation de la poche droite, l'ovaire occupait une situation basse, postérieure. Hémostase, péritonisation. Paroi en 3 plans. Guérison.

Opérateurs : *MM. Rochard et de Carvalho.*

Obs. II. — Mme D. M..., âgée de 42 ans.

Entrée le 30 Mai 1917 : l'examen révèle l'existence d'une tumeur très tendue, dure, faisant bomber tous les culs-de-sac; le col est gros, dur et plaqué contre la paroi latérale gauche.

Opérée le 4 Juin 1917 : on se trouve en présence d'une grosse tumeur qui occupe tout le petit bassin et à laquelle adhèrent l'épiploon et l'intestin grêle. Après libération des adhérences, on constate que l'on a affaire à un kyste intra-ligamentaire droit. La poche est vidée partiellement au trocart et donne issue à un liquide épais et rougeâtre. Après libération complète du grêle, on aperçoit l'utérus, gros et globuleux, avec deux petits fibromes sous-séreux.

Les annexes gauches présentent un hémato-salpinx, on les extériorise et on pratique une hystérectomie subtotale de gauche à droite par le procédé américain. La poche adhère fortement par sa face postéro-inférieure; elle est amenée en totalité; mais l'uretère est mis à nu sur une longueur de 10 centimètres environ; il est large, rubanné et congestionné. Péritonisation. Un drain abdominal. Paroi aux bronzes. Sortie guérie le 24 Juin 1917.

Opérateurs : *MM. Rochard et de Carvalho.*

Obs. III. — Mme P... âgée de 32 ans.

Entrée le 2 Juillet 1918. Douleurs spontanées dans tout le bas-ventre, facies terreux, grippé, fièvre élevée.

Pas de point appendiculaire. L'examen montre un cul-de-sac droit tendu, douloureux ; il est impossible de déprimer l'abdomen dans sa partie sous-ombilicale, et malgré le repos, le régime et la glace sur le ventre, la température ne baisse pas et la malade conserve son facies terreux. Craignant des accidents plus graves, on se décide à l'opérer le 18 Juillet 1918 : On se trouve en présence d'un kyste intraligamentaire droit, recouvert par endroits de masses d'aspect gélatineux.

L'utérus est petit, caché derrière la symphyse pubienne.

Les deux ligaments ronds sont visibles, celui de droite tendu sur la tumeur. L'utérus adhère fortement au kyste par sa face postérieure. On pratique l'hystérectomie subtotale de gauche à droite : après avoir sectionné les deux ligaments ronds, on récline la vessie. Le pédicule gauche sectionné, on sectionne le col utérin et on essaie de décoller le kyste d'avant en arrière et de dedans en dehors, mais on n'y parvient pas. On essaie alors de libérer sa face postérieure de celle du rectum. On réussit à le libérer, mais le rectum est déchiré. Au cours de ces manœuvres, le kyste est rompu et du pus fétide inonde le petit bassin. Une fois l'adhérence au rectum libérée, l'énucléation devient facile, d'arrière en avant. Suture du rectum. *L'hystérectomie est totalisée.* Un gros drain et deux mèches assurent le drainage par voie vaginale. Hémostase. Péritonisation. Parois aux bronzes.

Suites : la malade a conservé les traits tirés et le facies terreux. Elle a uriné normalement.

La température se maintient aux environs de 40°.

Décédée 48 heures après.

Opérateurs : *MM. Rochard et Pinto.*

Obs. IV. — Mme V. F..., âgée de 44 ans.

Entrée le 21 Juin 1917, parce que son ventre augmentait

de volume depuis Mars de la même année. Réglée normalement. Aucune douleur. Aucun trouble. A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, peu tendue, franchement fluctuante, faisant bomber les culs-de-sac. La tumeur est nettement sentie par le palper abdominal combiné au toucher vaginal. Le col est petit, dévié à droite. Pas de fièvre.

Opérée le 23 Juin 1917 : on se trouve en présence d'un très gros kyste intraligamentaire occupant tout le petit bassin, à parois très minces, adhérant aux anses grêles; celles-ci sont amincies et présentent le même aspect que la poche kystique. L'utérus est impossible à sentir. Le kyste est ponctionné partiellement. On va à la recherche des annexes droites qui sont amenées facilement. Section du pédicule droit qui permet de sentir l'utérus, englobé par le kyste. Libération des adhérences de l'utérus à l'intestin de bas en haut. Ainsi libéré, il est saisi avec une pince et on sectionne le col. Le grêle a été déchiré pendant ces manœuvres, suture. Le col sectionné, on se sert de l'utérus pour faire la traction et la poche est décollée et amenée en totalité. L'utérus présentait deux petits fibromes sous-séreux. Hémorragie en nappe. Hémostase. Péritonisation. On laisse un drain et une mèche abdominale. Suites normales. Sortie guérie le 24 Juillet 1917.

Opérateur : *C. Chamorro-Benard*.

Obs. V. — Mme L..,, âgée de 48 ans.

Entrée le 13 Novembre 1917, parce qu'elle présente une tumeur abdominale qui la gêne et la fatigue. L'examen montre qu'il s'agit d'un kyste volumineux, dont une partie est abdominale.

Opérée le 20 Novembre 1917 : on se trouve en présence d'un très gros kyste remontant vers l'ombilic. Ponction. Le kyste est vidé presque en totalité; on s'aperçoit alors qu'il s'agit d'un kyste intraligamentaire, droit. Il

englobe l'utérus, qu'on sent petit, de consistance normale.

Hystérectomie de gauche à droite. L'ovaire gauche présente un petit kyste des dimensions d'une mandarine. Section du pédicule gauche, des deux ligaments ronds; la vessie est réclinée en avant.

Section du col et traction sur l'utérus qui est fortement adhérent, « incrusté dans les parois du kyste ». Quelques adhérences aux parois du bassin et à l'intestin qu'on libère au fur et à mesure du clivage de la poche. Hémostase. Péritonisation. Paroi aux bronzes.

Sortie guérie le 24 Décembre 1917.

Opérateur : *C. Chamorro-Benard.*

Obs. VI. — Mme A... E., âgée de 44 ans.

Entrée le 20 Juin 1915. L'examen révèle l'existence d'un kyste pelvien d'assez gros volume. La tumeur est rénitente, indolore, peu mobile et fait bomber tous les culs-de-sac. L'utérus est fixé, col normal.

Opérée le 25 Juin 1915 : on trouve un kyste intraligamentaire bilatéral, dont chaque poche est plus grosse qu'une orange. L'utérus est visible, petit. Hystérectomie subtotale par décollation antérieure (procédé de De Martel). Les deux kystes adhèrent fortement à l'utérus et au plancher pelvien. Hémostase. Péritonisation. Paroi en 3 plans.

Sortie guérie le 18 Juillet 1915.

Opérateurs : *MM. Rochard et C. Chamorro-Benard.*

Obs. VII. — Mme A... A., âgée de 50 ans.

Entrée le 15 Mars 1916. Examen : kyste pelvien, cul-de-sac droit fortement saillant, tumeur rénitente, très tendue, indolore. Col normal dévié en avant et à gauche. Pas de troubles.

Opérée le 28 Mars 1916 : on se trouve en présence d'un kyste intraligamentaire droit, plus gros qu'une tête d'enfant.

Très adhérent à l'utérus. Hystérectomie subtotale de gauche à droite, procédé américain.

Le kyste est adhérent aux parois pelviennes. La poche est amenée en entier sans grandes difficultés. Hémostase. Péritonisation. Paroi en 3 plans.

Sortie guérie le 16 Avril 1916.

Opérateurs : *C. Chamorro-Benard et M. Rochard.*

Obs. VIII. — Mme D..., âgée de 32 ans.

Entré le 4 Août 1917 pour kyste rénitent, tendu, déprimant les culs-de-sac gauche et postérieur.

Opérée le 28 Août 1917 : kyste intraligamentaire gauche du volume d'une tête d'enfant. Adhérent à l'utérus. Hystérectomie subtotale de droite à gauche. Hémostase. Péritonisation. Drain pendant 24 heures. Paroi en 3 plans.

Opérateurs : *MM. de Carvalho et Rochard.*

Obs. IX. — Mlle G... G.

Entrée le 14 Juillet 1917. La malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre, fatigue facilement, des pertes jaunes abondantes. L'examen révèle une lésion des annexes gauches, douloureuses au toucher, mal délimitée, de consistance ferme non rénitente.

L'examen est douloureux. Le ventre est sensible, mais la malade n'a pas de fièvre. Du côté droit, cul-de-sac légèrement saillant; on a la sensation d'une annexite refroidie.

Opérée le 17 Juillet 1917 : l'intestin grêle est adhérent aux annexes gauches, libération au doigt. Utérus normal. Petit kyste intraligamentaire droit; annexite gauche. Hystérectomie subtotale par décollation antérieure.

Les deux poches sont extirpées intactes. Hémostase. Péritonisation. Un petit drain abdominal. Paroi en 3 plans.

Sortie guérie le 15 Août 1917.

Opérateur : *C. Chamorro-Benard.*

Obs. X. — Mme P..., âgée de 62 ans.

Entre parce qu'elle porte une tumeur abdominale depuis une quinzaine d'années, à une date éloignée, que la malade ne précise pas. On lui aurait appliqué des rayons X. Aucune gêne, aucun trouble, si ce n'est l'amaigrissement qui la fait entrer à l'hôpital. L'examen donne immédiatement la certitude que l'on se trouve en présence d'un très gros kyste de l'ovaire. Mais on trouve, au-dessus de cette poche, une autre tumeur kystique remontant jusqu'au foie, donnant le contact lombaire et séparée du gros kyste par une zone sonore.

Opérée le 14 Novembre 1918 : incision de la paroi en position horizontale. La paroi du kyste fait absolument corps avec le péritoine pariétale et on ouvre le kyste en essayant de trouver un plan de clivage.

Le même incident se reproduit à différents niveaux, car partout le péritoine est absolument adhérent. Le liquide est de couleur brun foncé, hématique. On vide le kyste presque en totalité. Ce n'est qu'alors qu'on arrive à trouver un plan de clivage plus ou moins bon et on éprouve de la difficulté à libérer le kyste. On arrive à le décoller complètement, sauf en haut où il adhère à l'épiploon et à l'intestin grêle ; mais ces dernières adhérences libérées, le kyste tient toujours du côté du foie, retenu par un second kyste, gros comme une tête d'enfant et adhérant fortement à l'intestin et à l'épiploon dont les vaisseaux sont dilatés, turgescents. Les deux poches communiquent entre elles. Au moment de l'extraire, le petit kyste crève à son tour, laissant couler du liquide gélatiniforme.

Une fois les deux kystes extériorisés, on s'aperçoit qu'ils sont intraligamentaires, *mais pédiculés*, et s'implantant sur le faîte du ligament large gauche. Ablation et suture du pédicule. En explorant les annexes droites, on trouve de ce côté, un petit kyste de l'ovaire, gros comme une mandarine.

On décide de faire l'hystérectomie subtotale, pratiquée par droite à gauche. Hémostase. Péritonisation. Drain abdominal. Bronzes.

Sortie guérie le 10 Décembre 1918.

Opérateur : *C. Chamorro-Benard.*

CONCLUSIONS

Il est hors de doute que *l'hystérectomie abdominale, comme temps préliminaire* pour aborder les kystes inclus, facilite beaucoup leur ablation; que cette opération n'est pas plus grave que l'énucléation; qu'elle met à l'abri de bien des complications : hémostase défectueuse, péritonisation incomplète, et surtout, blessure de l'uretère.

Nous pensons qu'il faut la pratiquer chaque fois que l'on se trouve en présence d'un cas difficile, sans tenter au préalable l'énucléation, qui peut présenter de multiples dangers.

L'hystérectomie nous paraît devoir être pratiquée sans hésitation lorsque, croyant avoir affaire à un cas facile, le chirurgien échoue dès les premières tentatives d'énucléation; lorsque les annexes de l'autre côté présentent une lésion quelconque; lorsqu'il existe une affection utérine ou péri-utérine concomitante.

Hormis les cas simples, pour lesquels l'énucléation garde tous ses droits, l'hystérectomie préliminaire nous paraît appelée à remplacer la marsupialisation, et même

l'hystérectomie complémentaire, préconisée par les classiques.

C'est, non seulement pour la facilité de la technique que nous la défendons, mais surtout, parce qu'elle nous apparaît comme la seule opération donnant des garanties suffisantes, comme une mutilation nécessaire, destinée à augmenter considérablement les chances de succès.

Vu : le Président,
LEJARS

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

Généralités 11

Historique 14

Anatomie topographique 19

Etude clinique 23

Evolutions et complications 34

Indications de l'hystérectomie 36

Technique opératoire 45

Observations 78

Conclusions 86

281

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE